



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



**Estágio Realizado no Programa PLE²NO (Programa Livre de Educação e Exercício
Na Osteoartrose) no Centro de Saúde de Paço de Arcos**

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre na especialidade
de Exercício e Saúde – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

Orientador: Professora Doutora Maria Margarida Marques Rebelo Espanha

Júri:

Presidente

Professora Doutora Flávia Giovanetti Yazigi

Vogais

Professora Doutora Maria Margarida Marques Rebelo Espanha

Professora Doutora Filipa Oliveira da Silva João

Márcio Rafael Alves Jesus

2017

Agradecimentos

...à Professora Doutora Margarida Espanha pelo tempo despendido em reuniões em que me fazia refletir sobre o que era feito, aos seus conselhos constantes e às actividades de formação constantemente propostas;

...à Professora Ângela Neves, responsável da Academia da Mobilidade, pelo acompanhamento constante nas aulas de exercício físico, às suas sugestões relativamente à prática profissional e aos casos que me foi cedendo ao longo do estágio, servindo como aprendizagem adicional;

...ao Pedro Campos, responsável do programa Ple²no, pelo seu companheirismo ao longo de todo o programa, sempre disposto para qualquer questão e por permitir sempre novas sugestões;

...a toda a equipa do Centro de Saúde de Paço de Arcos, onde fui bem recebido desde o primeiro dia, sempre com muita simpatia, empatia e recetivos a qualquer dúvida ou pedidos de informação;

...a todos os participantes, tanto os das sessões de exercício físico referenciadas pelos seus médicos de família, como os do programa Ple²no, demonstrando sempre grande aderência e vontade de aprender mais.

Resumo

O estágio foi realizado no Centro de Saúde de Paço de Arcos e o presente relatório de estágio profissionalizante é referente ao Mestrado em Exercício e Saúde pela Faculdade de Motricidade Humana. A experiência decorreu no programa PLE²NO, que é um programa combinado de educação e exercício comunitário com a duração de 6 meses, destinado a pessoas com Osteoartrose do Joelho com idade superior a 50 anos. Foram realizadas avaliações através da aplicação de testes físicos e questionários, prescrição de exercício com foco na componente de equilíbrio do programa, aconselhamento para a prática de atividade física, liderança de aulas de grupo e acompanhamento de dois estudos de caso exteriores ao programa. Foram citadas conceituadas fontes como a Sociedade Internacional de Pesquisa na Osteoartrose, o Colégio Americano de Reumatologia e o Colégio Americano de Medicina Desportiva. Como resultados do programa PLE²NO, na aptidão física verificaram-se melhorias significativas na velocidade de marcha, a força e resistência muscular dos membros inferiores melhorou consideravelmente e esteve perto de uma melhoria significativa também. Em indicadores de saúde, existiram melhorias significativas na dor. A intervenção feita em pacientes com Osteoartrose do Joelho revelou ser eficaz na melhoria da função física e na diminuição da dor.

Palavras-chave: Osteoartrose do Joelho; Tratamento não cirúrgico e não farmacológico; Exercício Físico; Aptidão Física; Qualidade de Vida; Dor; Atividade Física; Incapacidade; Educação; Autocuidado.

Abstract

The internship took place at the Paço de Arcos Health Center and this internship report is related to the Masters in Exercise and Health from the Faculty of Human Kinetics. The experiment took place in the PLE²NO program, which is a combined six month community program of education and exercise for people with osteoarthritis of the knee over 50 years of age. Evaluations were performed through the application of physical tests and questionnaires, exercise prescription focusing on the balance component of the program, physical activity practice counseling, leadership of group classes and follow-up of two case studies outside the program. Notable sources have been cited such as the Osteoarthritis Research Society International, the American College of Rheumatology and the American College of Sports Medicine. As results of the PLE²NO program, in physical fitness, there were significant improvements in walking speed, legs resistance have improved considerably and were close to a significant improvement as well. In health indicators, there were significant improvements in pain. The intervention in patients with Knee Osteoarthritis showed to be effective in improving physical function and reducing pain.

Key-words: Knee Osteoarthritis; Non-surgical and non-pharmacological treatment; Physical exercise; Physical Fitness; Quality of life; Pain; Physical Activity; Disability; Education; Self-management.

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACR – American College of Rheumatology

ACSM – American College of Sports Medicine

AM – Academia da Mobilidade

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

EQ – EuroQol

IPAQ – Questionário Internacional de Atividade Física

KOOS – Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score

OA – Osteoartrose

OARSI – Osteoarthritis Research Society International

OMS – Organização Mundial de Saúde

PGIC – Escala de Percepção Global de Mudança

SNS – Serviço Nacional de Saúde

EVA – Escala Visual Analógica

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	3
2.1 Revisão da Literatura	3
2.1.1 Osteoartrose	3
2.1.2 Tratamento	4
2.1.3 Prescrição de Exercício	4
2.2 Caracterização da Instituição	7
2.2.1 Centro de Saúde de Paço de Arcos.....	7
2.2.2 Academia da Mobilidade.....	9
2.2.3 Análise Swot da Instituição	10
3. REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL.....	11
3.1 Programa PLE ² NO	11
3.1.1 Avaliações	14
3.1.1.1 Testes de Aptidão Física	15
3.1.1.2 Avaliação Subjetiva por Questionários	16
3.1.2 Intervenção	18
3.1.2.1 Sessão Tipo	20
3.2 Estudos de Caso	21
3.3 Estratégias ou actividades de formação propostas.....	22
4. RESULTADOS DO PROGRAMA PLE ² NO	25
5. DISCUSSÃO.....	29
6. REFLEXÃO PESSOAL	33
7. CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS PARA O FUTURO.....	35
Referências	37
Anexos	41
Anexo A – Ficha de Referenciação Médica para a Academia da Mobilidade	41
Anexo B – Critérios de Elegibilidade para o Programa Ple ² no.....	42

Anexo C – Consentimento Informado.....	43
Anexo D – Questionário de Caracterização.....	45
Anexo E – EQ-5D-3L.....	48
Anexo F – IPAQ (Versão Portuguesa Curta)	50
Anexo G – Mini Exame do Estado Mental	52
Anexo H – Escala de 6-itens de Autoeficácia na Gestão de Doenças Crónicas	54
Anexo J – PB-E.....	59
Anexo K – Comportamento de Autogestão (Comunicação com o Médico).....	60
Anexo L – Escala de Percepção Global de Mudança (PGIC)	61
Anexo M – Exercícios de Equilíbrio	62

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Análise Swot do Centro de Saúde de Paço de Arcos.....	10
Tabela 2 – Progressão do Treino de Equilíbrio.	19
Tabela 3 – Sessão tipo do PLE ² NO	20
Tabela 4 – Características sociodemográficas da amostra.	25
Tabela 5 – Avaliação da Aptidão Física.	26
Tabela 6 – Resultados do Questionário KOOS (Dor, Atividades da Vida Diária e Outros Sintomas) – Scores.....	27
Tabela 7 – Resultados do Questionário “EQ-5D-3L” (VAS).....	27
Tabela 8 – Resultados do Questionário “IPAQ – Versão Curta Portuguesa” – Nível de Atividade Física.	28
Tabela 9 – Resultados do Questionário “Mini Exame do Estado Mental” – Scores.	28
Tabela 10 – Resultados do Questionário “Escala de Percepção Global de Mudança (PGIC)”.....	28
Tabela 11 – Análise Swot Pessoal.....	33

Índice de Figuras

Figura 1 – Programa Presencial e Domiciliário do PLE ² NO	12
Figura 2 – Fluxograma para inclusão no Programa PLE ² NO.	14

1. INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito do Mestrado em Exercício e Saúde da Faculdade de Motricidade Humana, enquadrado na unidade curricular de estágio do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do 2º ano.

O Estágio decorreu de Setembro de 2016 a Maio de 2017, no Centro de Saúde de Paço de Arcos, na Academia da Mobilidade e através do programa comunitário PLE²NO, que foi implementado em adultos e idosos.

O meu objetivo era estar ligado à área clínica e encontrei no Centro de Saúde de Paço de Arcos a oportunidade ideal. Gosto de desafios e a área clínica é um deles, pois temos que personalizar e adaptar o exercício físico às condições de saúde da pessoa em causa. A população geronte necessita de alguma atenção especial e a actividade física é muito importante nesta fase da vida, mas esta faixa etária revela ainda alguma iliteracia relativamente ao exercício físico. Achei que podia contribuir de alguma forma para que isto se alterasse, daí ter escolhido este estágio.

A Osteoartrose é uma doença que afeta todos os tecidos da articulação, incluindo a cartilagem articular, osso subcondral, membrana sinovial, ligamentos e músculos. Esta patologia pode-se desenvolver em qualquer articulação, mas é mais comum nos joelhos, ancas e mãos. Os sintomas da Osteoartrose podem variar em severidade, sendo o principal a dor que restringe a mobilidade, interrompe o sono e interfere com a qualidade de vida da pessoa. A Osteoartrose é considerada uma doença crónica e, além da cirurgia de substituição articular, não há atualmente nenhuma cura. Existem, no entanto, tratamentos que podem reduzir a dor, melhorar a funcionalidade e, em alguns casos, atrasar a progressão da doença (Osteoarthritis Research Society International, 2013). É nesses tratamentos que o estágio se centrou, nomeadamente no exercício físico.

Dados epidemiológicos da Organização Mundial de Saúde (OMS), apontam a Osteoartrose como a causa mais comum de incapacidade em idosos. Corresponde a 50% das doenças músculo-esqueléticas, sendo portanto considerada a mais prevalente. Existe evidência radiográfica de Osteoartrose no joelho em aproximadamente 30% dos homens e mulheres com idade superior a 65 anos. As estimativas mundiais apontam que 9,6% dos homens e 18% das mulheres com idade superior a 60 anos, têm sintomas de Osteoartrose (Wittenauer et al, 2013).

Este estágio teve como objetivos:

- A aquisição de conhecimentos teóricos sobre a OA e respetiva prescrição de exercício;
- A integração no Centro de Saúde em articulação com o corpo clínico, funcionários e serviços prestados pela instituição;
- A aquisição de competências de avaliação da aptidão física, qualidade de vida e sintomas da OA;
- Prescrição de um programa de equilíbrio para indivíduos com OA do joelho;
- Condução/liderança das sessões de exercício do PLE²NO;
- A intervenção ao nível da promoção/aconselhamento para a prática de atividade física nesta população;

Neste relatório descrevo as atividades que foram realizadas ao longo do estágio, reflito sobre tudo o que foi feito, apresento o meu papel como profissional desta área e a aquisição de conhecimentos no âmbito da avaliação, prescrição e aconselhamento de exercício físico.

O presente relatório tem a seguinte estrutura: o enquadramento da prática profissional, onde é apresentada uma revisão de literatura e a caracterização da instituição de acolhimento, seguidamente, a descrição da prática profissional, nomeadamente das atividades realizadas ao longo do estágio. Depois, apresento os resultados do programa comunitário PLE²NO e a respetiva discussão. Finalizo com uma reflexão pessoal e a conclusão.

2. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

2.1 Revisão da Literatura

2.1.1 Osteoartrose

Segundo o *American College of Rheumatology (ACR)*, a OA é uma doença articular frequente, de caráter progressivo e lento, tipicamente observada em pessoas de meia idade a idosos. Na OA, a cartilagem articular vai-se degenerando. Devido à degeneração da cartilagem articular, por stress mecânico ou mesmo alterações bioquímicas do corpo, começam também a existir alterações no osso subcondral. A OA pode ocorrer em conjunto com outros tipos de artrite, como gota ou mesmo artrite reumatóide. A OA tende a afetar articulações como os joelhos, a anca, a coluna e as mãos. Os sintomas incluem: a dor e rigidez articular, tumefação, crepitação com o movimento da articulação e função da articulação reduzida (*American College of Rheumatology*, 2015).

Segundo dados de um estudo epidemiológico (EpiReumaPT) sobre as Doenças Reumáticas em Portugal, em 3877 pessoas, a OA do Joelho afeta 12,4%, 2630 são mulheres, onde a prevalência dessa patologia encontra-se nos 15,8%, e 1247 homens, correspondendo a 8,6%. Na região de Lisboa e Vale do Tejo, a prevalência de OA é de 17,1% (Branco et al., 2014).

A OA pode ser primária ou secundária. Se primária, pode ser localizada ou generalizada. OA primária é de causa desconhecida, também designada de idiopática. Denomina-se OA primária localizada quando presente nas mãos, pés, joelhos, anca, coluna vertebral ou outros locais como as articulações dos ombros, temporomandibular, sacroilíaca, tornozelo, pulso e acromioclavicular. Denomina-se OA primária generalizada quando são afetadas as áreas periférica e coluna vertebral, central e coluna vertebral ou periférica, central e coluna vertebral. Denomina-se OA Secundária quando é resultado de um traumatismo, doenças congénitas ou de desenvolvimento, doença de deposição do cálcio, outras doenças ósseas e articulares e outras doenças no geral (Altman et al., 1986).

2.1.2 Tratamento

A Sociedade Internacional de Pesquisa na Osteoartrose apresenta como diretrizes para a gestão não-cirúrgica da Osteoartrose do Joelho tratamentos centrais apropriados para todos os indivíduos, como o exercício terrestre, exercício aquático, controlo do peso, auto-gestão e educação e treino de força. Para a OA do Joelho sem co-morbilidades, os tratamentos recomendados pela OARSI são: intervenções biomecânicas, corticosteróides intra-articulares, anti-inflamatórios não esteróides tópicos, canadianas, inibidores orais de cox-2 (anti-inflamatórios seletivos), capsaicina, anti-inflamatórios orais não seletivos, duloxetina e paracetamol. Para a OA do Joelho com co-morbilidades, os tratamentos recomendados pela OARSI são os seguintes: intervenções biomecânicas, canadianas, corticosteróides intra-articulares e anti-inflamatórios não esteróides tópicos (McAlindon et al., 2014).

A OA tem como objetivos de tratamento uma educação do paciente, alívio dos sintomas, redução da incapacidade e evitar a progressão da doença. As metas de gestão de um paciente com OA compreendem o controlo da dor articular para que se atinja um estado sintomático aceitável, redução da limitação física e incapacidade, melhoria da relação saúde-qualidade de vida e evitar o excesso de tratamento com agentes farmacológicos potencialmente nocivos (Espanha, 2013).

2.1.3 Prescrição de Exercício

De acordo com a última versão do ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription (2016), uma grande barreira para indivíduos com *Arthritis* (Osteoartrose e Artrite Reumatóide) começarem um programa de exercício é uma crença de que o exercício, particularmente exercício com cargas, irá aumentar o dano das articulações e sintomas como a dor e a fadiga. Assim, estes indivíduos têm de ser tranquilizados de que o exercício não é só seguro mas também utilizado para reduzir a dor, fadiga, inflamação e a atividade da doença. Pessoas com osteoartrose, particularmente com dor e descondicionados, devem gradualmente progredir para intensidades e volumes de exercício que provoquem benefícios clinicamente significativos para a saúde. No geral, as recomendações para a prescrição de exercício são consistentes com as de adultos aparentemente saudáveis, com observação das recomendações FITT (Frequência, Intensidade, Tempo e Tipo) e considerações adicionais da atividade da doença, dor, limitações funcionais e preferências pessoais de exercício. A preferência individual de

intensidade deve ser considerada para melhorar a adoção e a aderência ao exercício (ACSM, 2016).

Seguidamente serão apresentadas as recomendações para a prescrição de exercício na *Arthritis*, segundo o ACSM.

Aeróbio

Para pessoas com *Arthritis*, o ACSM recomenda exercício aeróbio entre três a cinco dias por semana. A intensidade deve ser moderada (40% - 59% do Volume de Oxigénio de Reserva ou Frequência Cardíaca de Reserva) a vigorosa ($\geq 60\%$ do VO_2 de Reserva ou Frequência Cardíaca de Reserva). Devem ser realizados 150 minutos por semana de intensidade moderada, 75 minutos por semana de intensidade vigorosa, ou então uma combinação equivalente das duas intensidades. Recomenda-se a realização de atividades com baixo impacto, como andar, ciclismo, nadar, ou exercício aquático (ACSM, 2016).

Resistência Muscular

As recomendações do ACSM para o treino de resistência muscular na *Arthritis* é de que deve ser realizado entre dois a três dias por semana. A intensidade deve ser entre 60% a 80% de 1-RM (Repetição Máxima). A intensidade inicial para os que não estão acostumados ao treino de resistência muscular deve ser mais baixa (50% a 60% de 1-RM). São recomendadas entre oito a 12 repetições e duas a quatro séries, incluindo-se todos os principais grupos musculares. São sugeridos exercícios em máquina ou pesos livres. Os exercícios calisténicos podem ser também apropriados mas para indivíduos seleccionados (ACSM, 2016).

Flexibilidade

De acordo com o ACSM, para indivíduos com *Arthritis* devem ser realizados exercícios de flexibilidade diariamente. O exercício deve ser realizado através de toda a amplitude de movimento com uma sensação de estiramento sem dor. O progresso em amplitude de movimento de cada exercício só deve ser executado quando se tiver dor ligeira ou nenhuma dor nas articulações. É recomendado realizar-se até dez repetições de movimentos dinâmicos. Os exercícios de alongamento estático devem durar dez a 30

segundos. Deve haver uma combinação de alongamentos dinâmicos e estáticos focados em todos os principais grupos musculares (ACSM, 2016).

Treino Neuromotor

Segundo o ACSM treino neuromotor envolve habilidades motoras como o equilíbrio, coordenação, marcha, agilidade e treino proprioceptivo. Para idosos os benefícios do treino neuromotor incluem melhorias no equilíbrio, agilidade, força muscular, reduzem o risco de quedas e o medo de cair. As recomendações do ACSM apontam que deve ser executado entre 2 a 3 dias por semana com uma duração de 20 a 30 minutos por dia (ACSM, 2016).

A osteoartrose nos membros inferiores diminui o equilíbrio, por este motivo, com o objetivo de melhorarmos a funcionalidade, devemos adicionar atividades de equilíbrio. O treino de equilíbrio pode ser feito em casa, realizando transferências de peso de uma perna para a outra. A progressão da atividade pode ser feita, primeiro ficando em pé em uma perna, com apoio de mãos, depois retirando o apoio (Millar, 2014).

Uma das recomendações é o Tai Chi, sendo uma atividade de grupo popular onde se trabalha bem o equilíbrio. Existem já programas de Tai Chi adaptados às necessidades individuais de indivíduos com osteoartrose (Millar, 2014).

De acordo com a literatura, outro programa de treino neuromotor existente, é o “NEMEX-TJR” (Programa de Treino Neuromotor para pacientes com Osteoartrose do Joelho ou da Anca propensos a Substituição total das Articulações). Este é baseado em princípios de treino neuromotor, com o objetivo de melhorar o controle sensório-motor e alcançar uma estabilidade funcional compensatória (Ageberg, Link and Roos, 2010).

O treino é feito em grupos e consiste em três partes: aquecimento, circuito e recuperação. Uma sessão de treino dura 60 minutos. O aquecimento consiste em 10 minutos de ciclo ergómetro. A carga é definida individualmente e pode ser aumentada durante os 10 minutos, visando alcançar-se um esforço subjetivo de “um pouco difícil” (Escala de Borg). O circuito compreende quatro círculos de exercício, com os elementos chaves: estabilidade do core/função postural, orientação postural, força muscular dos membros inferiores e exercícios funcionais. Geralmente dois exercícios, alternando em cada círculo. Cada exercício é realizado em 2-3 séries de 10 a 15 repetições, com descanso entre cada série e exercício. Cada paciente é monitorizado individualmente, de modo a que os exercícios sejam realizados a um nível de treino em correspondência com a sua função neuromuscular. Para permitir a progressão, são dados três níveis de dificuldade para cada exercício. A progressão é através de: variando o número, a direção

e velocidade dos movimentos, aumentando a carga e alterando a superfície de suporte. A progressão é feita quando o exercício é realizado com bom controlo sensório-motor, boa qualidade de desempenho, mínimo esforço e controlo do movimento. Os exercícios são realizados com a perna afetada e não afetada, embora o foco seja na perna afetada. Alguns exercícios são realizados à frente de um espelho, para assim ser fornecida informação visual do desempenho. Por último, a recuperação consiste em caminhada de cerca de 10 metros para a frente mais 10 metros para trás, na frente do espelho, e exercícios de mobilidade e alongamento para as extremidades inferiores, perfazendo um total de cerca de 10 minutos (Ageberg et al, 2010).

Para monitorizar a dor durante e após o treino, é utilizada uma escala visual analógica, numerada de 0 a 10, onde 0 é “sem dor” e 10 “dor tão má quanto possível”. Considera-se dor auto-relatada até 2 como “segura”, até 5 como “aceitável” e acima de 5 já é considerada de “alto risco”. No dia a seguir ao treino o nível de dor deve manter-se na “dor do costume” (Ageberg et al, 2010).

2.2 Caracterização da Instituição

2.2.1 Centro de Saúde de Paço de Arcos

O Centro de Saúde de Paço de Arcos está localizado na Avenida António Bernardo Cabral Macedo, distrito de Lisboa, concelho de Oeiras.

Segundo o Serviço Nacional de Saúde (SNS), um Centro de Saúde é uma unidade básica do SNS para atendimento e prestação de cuidados de saúde à população. Nele trabalham médicos de família/clínica geral, médicos de saúde pública e enfermeiros, que prestam cuidados de saúde essenciais, preventivos ou curativos. Para além do pessoal administrativo, em alguns centros de Saúde trabalham ainda outros profissionais – técnicos de serviço social, higienistas orais, técnicos de saúde ambiental, nutricionistas e psicólogos.

O Centro de Saúde de Paço de Arcos foi fundado em 2007. Este está inserido na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Ocidental e Oeiras.

Este Centro de Saúde tem três unidades (Unidade de Saúde Pública, Unidade de Saúde Familiar Delta e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) e ainda a Academia da Mobilidade (AM). De seguida surge a descrição das três unidades e da AM:

1. Unidade de Saúde Pública

- Onde é feita a ligação com a comunidade, desde São Julião da Barra até Campo de Ourique;
- Recursos Materiais/Espaços:
 - 9 gabinetes;
 - 2 unidades de secretariado;
 - 2 pólos (este e o pólo da Ajuda);
- Recursos Humanos:
 - 3 enfermeiros;
 - 5 técnicos de saúde ambiental;
 - 3 assistentes administrativos;
 - 4 médicos internos;
 - 4 a 5 médicos de saúde pública;
 - 5 higienistas orais;
 - 1 médico dentista;

2. Unidade de Saúde Familiar Delta

- Recursos Materiais/Espaços:
 - 10 gabinetes médicos;
 - 2 gabinetes de saúde infantil/vacinação;
 - Gabinete de podologia;
 - 2 gabinetes de tratamentos;
 - Gabinete de saúde da mulher;
 - Cantinho do bebé;
 - Receção;
 - Sala de reuniões;
 - Secretariado back office;
 - Sala de espera;
 - Armazém avançado de enfermagem;
 - Armazém avançado administrativo;
- Recursos Humanos:
 - 8 médicos;
 - 7 enfermeiros;

- 5 assistentes técnicos;

3. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

- Recursos Materiais/Espaços:
 - 4 postos de atendimento ao público;
 - Cantinho do bebé;
 - 3 arrecadações para a enfermagem;
 - 2 arrecadações da administração;
 - 4 gabinetes de enfermagem:
 - Saúde infantil;
 - Vacinação infantil;
 - Saúde adulto/idoso;
 - Tratamento/injecções;
 - Gabinete de coordenação da enfermagem;
 - Gabinete de coordenação da administração;
 - 11 gabinetes médicos;
 - Gabinete de planeamento familiar;
 - Gabinete de saúde materna/enfermagem;
 - Gabinete de serviço social;
 - Gabinete de colheitas;
 - Gabinete de saúde infantil;
- Recursos Humanos:
 - 12 médicos;
 - 5 administrativos;
 - 9 enfermeiras;
 - 2 assistentes operacionais de esterelização;
 - Assistente operacional de secretariado;

O Centro de Saúde de Paço de Arcos encontra-se em funcionamento todos os dias úteis das 8h00 às 20h00 e encerra sábados, domingos e feriados.

2.2.2 Academia da Mobilidade

O ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) de Lisboa Ocidental e Oeiras colocou em prática um projeto inovador no contexto nacional, a Academia da Mobilidade.

Este projecto, desenvolvido com a aprovação e o apoio da ARSLVT (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo), aplica um novo modelo baseado na melhoria da saúde através de programas de exercício físico, encontrando-se em pleno funcionamento desde Novembro de 2014, funcionando semanalmente, de 2ª a 6ª feira. Destina-se aos utentes inscritos no ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras referenciados pelo médico de família para frequentar um programa de exercício físico.

A AM está localizada em Paço de Arcos e também Oeiras. No Centro de Saúde de Paço de Arcos a sala de intervenção está localizada na primeira porta à direita após a entrada no centro de saúde, junto ao gabinete de Higiene Oral. Tem como materias para intervenção cadeiras, “fit balls”, colchões, bolas de esponja, steps, entre outros. A equipa de Paço de Arcos é composta pela responsável da AM, Professora Ângela Neves, uma Mestre em Exercício e Saúde e dois estagiários do Mestrado em Exercício e Saúde pela Faculdade de Motricidade Humana.

2.2.3 Análise Swot da Instituição

Na tabela 1 apresenta-se uma Análise Swot relativamente ao Centro de Saúde de Paço de Arcos.

Tabela 1 – Análise Swot do Centro de Saúde de Paço de Arcos

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados de saúde à população; • Proximidade do centro de saúde a zonas habitacionais; • Boa acessibilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo de espera dos utentes; • Horário de funcionamento.
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> • Serviços de saúde como a Academia da Mobilidade; • Reconhecimento, por parte dos médicos, de programas de saúde para referência de utentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Espaços para outros profissionais de saúde.

3. REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

A minha experiência neste estágio compreendeu o programa PLE²NO e a aquisição de competências de avaliação, prescrição, aconselhamento e liderança de aulas de grupo no âmbito do exercício físico. Adicionalmente, intervi em casos particulares com condições patológicas específicas.

A equipa de trabalho do Programa PLE²NO foi composta pela Professora Doutora Maria Margarida Marques Rebelo Espanha da Faculdade de Motricidade Humana, pelo Mestre em Ciências da Fisioterapia pela Faculdade de Motricidade Humana, Pedro Campos, e dois estagiários do Mestrado em Exercício e Saúde também pela Faculdade de Motricidade Humana.

3.1 Programa PLE²NO

O programa PLE²NO é um programa Livre de Educação e Exercício Na Osteoartrose. Trata-se de um programa comunitário com a duração de 6 meses, destinado a pessoas com osteoartrose do joelho com idade superior a 50 anos e tem como objetivos:

- A melhoria dos sintomas de dor e rigidez;
- A melhoria da função física;
- Uma promoção da mudança de comportamentos de autogestão da patologia;
- A adesão e permanência em programas de exercício após o seu final.

Este está dividido no Programa Presencial que decorre durante os primeiros três meses e no Programa Domiciliário, que decorre nos últimos três meses. A figura 1 descreve as duas fases do programa, assim como as componentes/conteúdos de cada um.



Figura 1 – Programa Presencial e Domiciliário do PLE²NO.

O percurso do PLE²NO começou com uma referência médica (Anexo A), onde o médico encaminhou o utente para a Academia da Mobilidade. Na AM, foi pedido à pessoa que preenchesse uma ficha de critérios elegibilidade (Anexo B), a fim de poder participar no programa (Figura 2). Os critérios de elegibilidade foram os seguintes:

- Idade superior a 50 anos;
- Dor num ou nos dois joelhos;
- Não frequentar um programa supervisionado de exercício ou sessões de fisioterapia;
- Não estar programada nenhuma cirurgia e/ou colocação de uma prótese nos próximos 12 meses;

Como critérios de exclusão considerou-se:

- Possuir outra doença (cardiovascular, respiratória, músculo-esquelética/reumática, cancro hepática, renal (creatinina >2), anemia (hematócrito <32 ou hemoglobina <10) ou gastrointestinal) que impeça a realização de actividade física;
- Cirurgia recente ao joelho ou injeções no joelho (corticóides ou ácido hialurónico);
- Prótese no joelho há menos de um anos;
- Previsão de ausência por um período superior a duas semanas durante os três meses presenciais do programa.

Após o preenchimento da ficha foi solicitado à pessoa que entregasse um raio X dos joelhos de até há 3 anos. Se o indivíduo não tiver, pede-se ao médico que prescreva. Este raio X foi utilizado para classificar o grau de Osteoartrose dos joelhos, através de um diagnóstico radiológico realizado por um Reumatologista. Se o indivíduo cumprisse os critérios de elegibilidade, participaria no programa PLE²NO. Se não cumprisse, podia participar num programa de exercício e aconselhamento. Se o indivíduo tivesse em fase pré-contemplativa ou contemplativa de mudança comportamental, era apenas realizado aconselhamento, através de sessões educativas sobre os benefícios do exercício.

Após o utente ter sido aceite no programa PLE²NO, solicitou-se que o mesmo assinasse um consentimento informado (Anexo C). Posteriormente foram realizadas as avaliações iniciais no Centro de Saúde, onde foi preenchido um questionário de caracterização e ficha de registo dos testes físicos (Anexo D), aplicados testes de aptidão física e questionários. Os testes de aptidão física aplicados foram os seguintes:

- 6 Metros de Marcha;
- Preensão Manual;
- Sentar e Levantar da Cadeira 30 segundos;
- Equilíbrio sobre um Apoio;

Os questionários aplicados foram os seguintes:

- “EuroQol – Five Dimensions – Three Levels”;
- Questionário Internacional de Atividade Física;
- Mini Exame do Estado Mental (MEEM);
- Escala de 6-itens de Autoeficácia na Gestão de Doenças Crónicas;
- Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score: Dimensão dor, dimensão Outros Sintomas, Rigidez e Atividades da Vida Diária;
- PB-E;
- Comportamento de Autogestão (Comunicação com o Médico);
- Escala de Percepção Global de Mudança;

Após terem sido realizadas as avaliações iniciais, começou o programa presencial, que está apresentado na figura 1. No final da fase presencial, foram novamente aplicados os testes de aptidão física e os questionários. Depois decorreu o programa domiciliário e passados três meses, foi momento de nova avaliação. Nos três meses seguintes ao término do programa PLE²NO será realizado um follow-up dos participantes.

Na figura 2 é apresentado o fluxograma para a inclusão no PLE²NO, existindo também a possibilidade de um programa de exercício e aconselhamento e o aconselhamento somente.

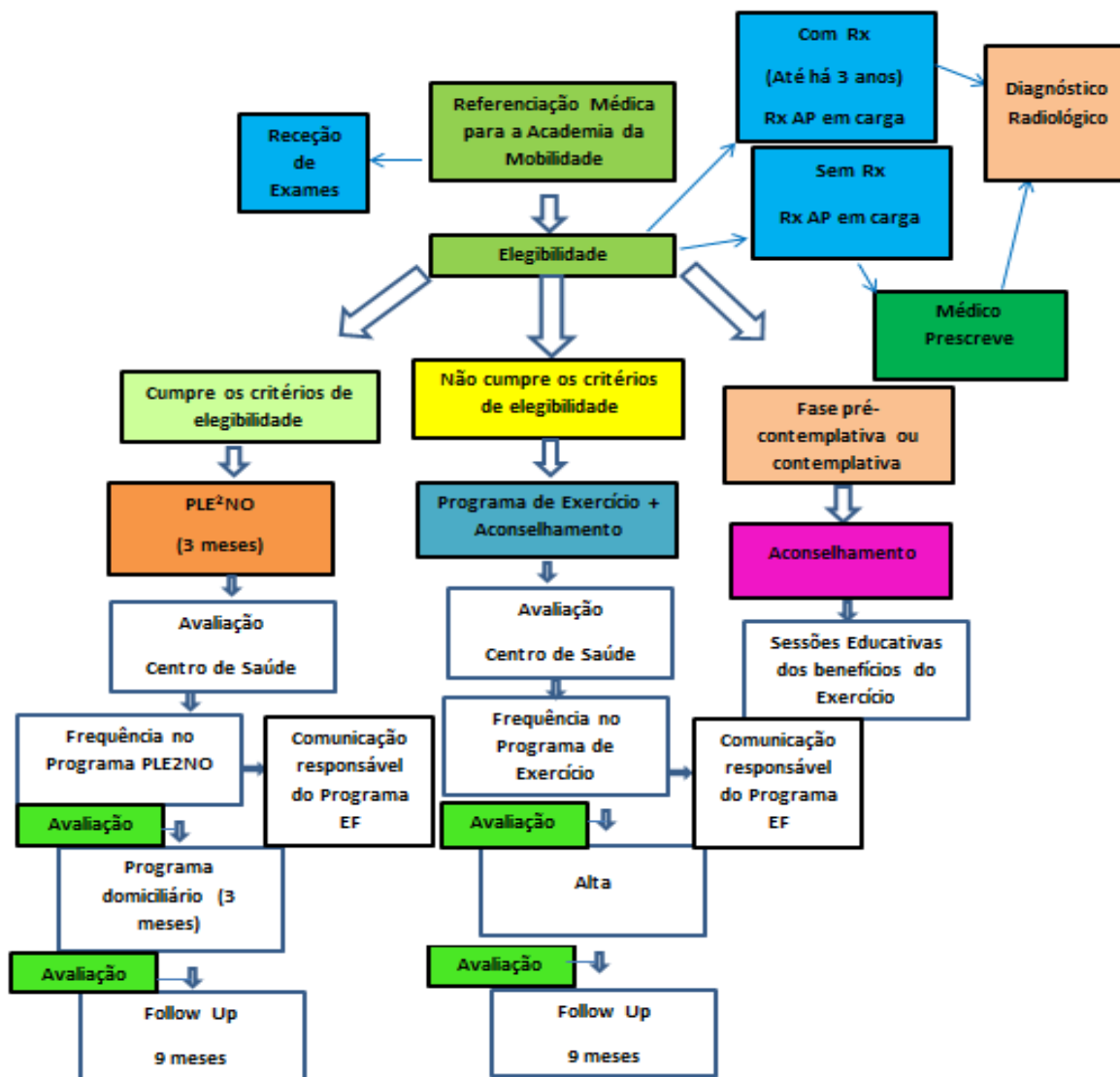


Figura 2 – Fluxograma para inclusão no Programa PLE²NO.

3.1.1 Avaliações

As avaliações do PLE²NO foram realizadas através de testes de aptidão física e aplicação de questionários. Foi utilizada uma metodologia de aplicação de alternar entre teste e questionário para não sobrecarregar a pessoa. Tentou-se também fosse o mesmo avaliador a aplicar determinado teste ou questionário nos vários momentos de avaliação, de forma a diminuir as diferenças inter avaliador.

3.1.1.1 Testes de Aptidão Física

Nos testes de aptidão física avaliou-se a velocidade de marcha utilizando-se um cronómetro para registar o tempo e aplicando-se a fórmula $V = \frac{d}{t}$ (Velocidade (V) é igual à Distância (d) a dividir sobre o Tempo (t)). Avaliou-se também a força de preensão através de um dinamómetro, o equilíbrio através do registo do tempo em apoio unipodal e a força e resistência dos membros inferiores através de um teste de levantar e sentar da cadeira. Seguem-se as descrições dos vários testes.

6 metros de marcha

Este teste mede a capacidade de andar linearmente ao longo de 10 metros, excluindo a aceleração e a desceleração (Cesari et al., 2009). Esta variável é também utilizada como um resultado primário num algoritmo para a sarcopénia em indivíduos idosos (Cruz-Jentoft et al., 2010).

Preensão Manual

Este teste avalia a força isométrica máxima exercida pelos músculos da mão e do antebraço usando-se um dinamómetro. Este teste é também utilizado como indicador de sarcopénia ou incapacidade em idosos (Cruz-Jentoft et al., 2010). Antes do teste, o dinamómetro é ajustado à dimensão da mão de cada sujeito. Os indivíduos mantêm os braços ao longo do corpo sem contato com o seu tronco. Realizou-se o teste primeiro com a mão dominante e posteriormente com a não-dominante. A força foi avaliada durante a fase expiratória para evitar a manobra de valsalva. Foi feita a média das três repetições para futura análise (Giampaoli et al., 1999).

Equilíbrio sobre um apoio

Este teste é realizado bilateralmente. Perto de uma parede, o sujeito cruza os seus braços sobre o seu peito, levanta a perna escolhida do chão sem tocar na outra perna, e mantém esta posição com os seus olhos abertos, durante quanto tempo possível. O contato entre as pernas, o apoio no chão, tocar na parede e retirar os braços do peito são considerados erros. O avaliador pára de cronometrar o tempo quando

ocorrer algum erro. Os participantes realizam duas repetições do teste e o melhor resultado é o registado (Rose, 2003).

Levantar e sentar da cadeira (30s)

Este teste avalia a força funcional dos membros inferiores. Começando sentado, durante 30 segundos o sujeito irá levantar-se completamente até o corpo estar ereto e sentar novamente na cadeira, o máximo de vezes possível. Conta-se o número de ciclos completos, levantar e sentar, se o tempo terminar e o sujeito não tiver completado o ciclo, esse não será contabilizado (Rikli & Jones, 1999).

3.1.1.2 Avaliação Subjetiva por Questionários

Nos questionários aplicados avaliou-se a qualidade de vida através do “EQ-5D-3L”, o nível de atividade física através do IPAQ, a capacidade cognitiva através do Mini Exame de Estado Mental, o estado do joelho relativamente à dor, sintomas e atividades da vida diária, através do questionário “KOOS”, também as barreiras para a realização de exercício físico através do PB-E e a percepção de mudança através de uma Escala de Percepção Global de Mudança. Seguem-se as descrições dos vários questionários aplicados.

EQ-5D-3L (Anexo E)

O EQ-5D-3L é um questionário utilizado para medir o estado genérico de saúde, tendo como itens a mobilidade, os cuidados pessoais, as actividades habituais, a dor/mal estar e a ansiedade/depressão. Este oferece três níveis de resposta para cada item, que vão desde não ter problemas, ter alguns problemas, a ter muitos problemas/não conseguir. No fim, é pedido à pessoa que exprima de “0” a “100” como a sua saúde se encontra naquele dia, em que “0” significa a pior saúde que possa imaginar e “100” a melhor (EuroQol Group, 1990); (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2013).

IPAQ (Versão Portuguesa Curta) (Anexo F)

Este é um questionário que inclui questões sobre actividade física realizada habitualmente, por exemplo para se deslocar de um lado para o outro, no trabalho, em atividades domésticas, jardinagem e em atividades efetuadas no tempo livre para entretenimento, exercício ou desporto. As perguntas referem-se a atividade física realizada numa semana normal como também ao tempo sentado. Neste questionário também se diferencia atividade física vigorosa de moderada. As respostas são dadas em dias, horas e minutos (Craig et al., 2003); (Mil-Homens, 2004).

Mini Exame do Estado Mental (Anexo G)

O questionário Mini Exame do Estado Mental é utilizado para avaliar perdas cognitivas. Foca a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. No final contabiliza-se os pontos, sendo que se considera com defeito cognitivo (analfabetos), pessoas com 15 ou menos pontos. Com 22 ou menos pontos, considera-se que tem 1 a 11 anos de escolaridade e 27 ou menos pontos com escolaridade superior a 11 anos (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975).

Escala de 6-itens de Autoeficácia na Gestão de Doenças Crónicas (Anexo H)

A Escala de 6-itens de Autoeficácia na Gestão de Doenças Crónicas questiona o grau de confiança que a pessoa sente em realizar certas atividades com cansaço, desconforto físico ou dor, sofrimento emocional, outros sintomas, de forma a diminuir a necessidade de ir ao médico e fazer outras coisas além da medicação para diminuir a forma como a doença afeta o seu dia-a-dia. Cada pergunta apresenta uma resposta em forma de escala de 0 a 10, em que 0 é “nada confiante” e 10 “totalmente confiante”, a pessoa tem que seleccionar um número (Lorig et al., 2001).

Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (Anexo I)

Este questionário é utilizado para avaliar o estado dos joelhos através de respostas dadas na primeira pessoa relativamente a como sente/vê os seus joelhos. São citados sintomas do joelho e atividades da vida diária que possam implicar o uso do

mesmo. Na realização deste questionário, é considerada a última semana. Este tem as seguintes dimensões: dor, outros sintomas, rigidez e atividades da vida diária. Para todas as questões existem cinco níveis de resposta, onde a pessoa responde com que frequência, intensidade ou grau de dificuldade se dá o acontecimento descrito, dependendo do item em questão (Roos et al., 1998); (Gonçalves, Cabri, Pinheiro & Ferreira, 2009).

PB-E (Anexo J)

O PB-E é um questionário utilizado para identificar barreiras para a realização de exercício físico. É pedido que a pessoa questionada dê a sua opinião relativamente a possíveis barreiras para o exercício físico citadas no questionário, opinando se acha que isso a impediria de realizar exercício físico. Para cada possível barreira existem cinco níveis de resposta, refletindo o grau de concordância (Steinhardt & Dishman, 1989).

Comportamento de Autogestão (Comunicação com o Médico) (Anexo K)

A aplicação deste questionário visa conhecer a relação do paciente com o médico. É composto por três perguntas, onde as respostas são dadas relativamente à frequência com que realiza as ações citadas no questionário para com o médico (Lorig et al., 1996).

Escala de Percepção Global de Mudança (Anexo L)

Este questionário é aplicado para conhecer qual a percepção de mudança da pessoa em causa em relação a um tratamento, relativamente a limitações de atividades, sintomas, emoções e qualidade de vida. As respostas vão de “1” a “7”, em que “1” é “sem alterações” e “7” “muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença” (Domingues & Cruz, 2011).

3.1.2 Intervenção

A intervenção ocorreu no Centro de Saúde de Paço de Arcos numa sala de intervenção de dimensões médias com uma dispensa e armários onde são guardados os materiais. Como material para intervenção utilizou-se cadeiras com e sem apoio, onde se

realizaram vários exercícios de força e de flexibilidade tanto dos membros inferiores como dos membros superiores, caneleiras com carga ajustável, utilizadas para exercícios de força dos membros inferiores, halteres, utilizados para exercícios de força dos membros superiores, steps, utilizados para alguns exercícios de equilíbrio, e fitas elásticas, destinadas ao treino de resistência muscular de vários grupos musculares.

A minha intervenção no PLE²NO foi feita através da prescrição de exercício, planeamento da progressão, liderança de aulas de grupo e aconselhamento. A componente de treino da minha responsabilidade foi o equilíbrio. Também intervi em estudos de caso com condições patológicas específicas. A tabela 2 apresenta o planeamento da progressão do treino de equilíbrio. O Equilíbrio estático é a capacidade de manter o corpo estável quando o mesmo está parado, enquanto o Equilíbrio dinâmico é a capacidade de manter o corpo estável quando o mesmo se encontra em movimento.

Para um exercício de equilíbrio é necessário se verificar três fatores: a visão, o sentido proprioceptivo e o aparelho vestibular. Este são os constituintes do equilíbrio, ao “perturbar” um ou mais, começamos o treino de equilíbrio. O treino de equilíbrio pode ser provocado então pela modificação de superfícies de contato, alteração das formas de contato com as superfícies, diminuição de apoios de suporte ao exercício e perturbação da visão.

Tabela 2 – Progressão do Treino de Equilíbrio.

	1-3 Semanas		4-6 Semanas		7-9 Semanas		10-12 Semanas	
Exercícios	EE	ED	EE	ED	EE	ED	EE	ED
Superfície	Firme (solo)	Firme (solo)	Firme (solo) e Instável	Firme (solo) e Instável	Instável (Superfície verde e azul)	Instável (Superfície verde e azul)	Instável (Superfície cinzenta)	Instável (Superfície cinzenta)
Apoios	Apoiar com as 2 mãos	Pode ajudar com os braços como quiser	Apoiar com 1 mão	Braços levantados lateralmente ao longo dos ombros	Sem apoio	Braços ao longo do tronco	Sem apoio	Braços cruzados no peito
Visão	Olhos abertos	Olhos abertos	Olhos abertos	Olhos abertos	Olhos abertos	Olhos abertos	Olhos fechados	Olhos fechados
Tempo (s)	5	5	10	10	15	15	20	20
Nº de exercícios	1	1	2	2	3	3	4	4
Repetições	6	6	8	8	6	6	8	8
Séries	2	2	2	2	3	3	3	3

Legenda: EE (Equilíbrio Estático); ED (Equilíbrio Dinâmico).

Na progressão foi-se alterando de uma superfície firme para uma cada vez mais instável, visto que perturba o equilíbrio, pois estamos a modificar a forma de apoio, provocando assim adversidades que vão originar adaptações. Para esse efeito foram utilizadas plataformas de estabilidade “Theraband”®, da cor verde, azul e cinzenta, com diferentes graus de estabilidade, sendo a de cor verde a mais estável, seguindo-se a azul e por fim a cinzenta, a menos estável. Foi-se também retirando o apoio de mãos, diminuindo o suporte, exigindo assim uma maior capacidade de equilíbrio. Na última progressão retirou-se a visão (visto que também está envolvida no equilíbrio), através do fecho dos olhos durante os exercícios, o que origina um maior uso do sentido proprioceptivo, ligado ao equilíbrio. O tempo de realização de cada exercício foi aumentando de cinco em cinco segundos. O número de exercícios por sessão aumentou em dois por progressão, incluindo-se um de cada tipo (EE e ED). Em relação às repetições alternou-se entre seis e oito, mediante o estado de progressão, e no número de séries, a meio do programa aumentou-se de duas para três séries.

Como exemplos de exercícios de equilíbrio temos o apoio unipodal, transferências de peso entre membros inferiores, seguir uma linha reta no chão, andar em diagonais, andar de lado, andar em “zig-zag”, transpôr obstáculos, entre outros. Em anexo encontram-se alguns exemplos (Anexo M).

3.1.2.1 Sessão Tipo

Uma sessão tipo do PLE²NO tem como componentes o equilíbrio, força ou resistência muscular e flexibilidade. A tabela 3 representa uma sessão tipo do programa.

Tabela 3 – Sessão tipo do PLE²NO

	Duração	Conteúdo
Aquecimento	5´ - 8´ min	Mobilização articular geral e aumento do ritmo cardiorespiratório (caminhada).
Treino de Equilíbrio	10´ min	Equilíbrio estático (variantes de apoio unipodal) e equilíbrio dinâmico (variantes de transferências de peso).
Treino de Força	30´ - 40´ min	Trabalho dos principais grupos musculares dos membros inferiores e dos membros superiores, sentado na cadeira e em posição bípede.
Treino de Flexibilidade	10´ min	Alongamentos dos principais grupos musculares.
Retorno à Calma	5´ - 8´ min	Exercícios respiratórios e mobilizações articulares suaves.

Liderança da Componente do Equilíbrio nas Sessões

Decidi utilizar o formato de circuito, existindo várias estações onde após realizarem o pedido numa estação, passavam à próxima. Os participantes eram divididos pelas várias estações e eu informava quando se realizavam transições entre estações. Ao longo das sessões, fui solicitando aos participantes que realizassem o que estava planeado na progressão, mas existiam adaptações nos exercícios sempre que necessário. Quando os exercícios tinham maior risco de queda, existia sempre na proximidade um profissional como forma de segurança. Em relação à escolha dos exercícios de equilíbrio para cada sessão, tentei sempre que a sua combinação fosse o mais diversificada possível, potenciando todos os aspetos ligados ao equilíbrio.

Aconselhamento

Muitos dos exercícios realizados nas sessões do PLE²NO são passíveis de ser realizados em casa, embora com alguns cuidados e algumas adaptações. O meu aconselhamento para com os participantes do programa foi sempre no sentido de que quando quisessem realizar esses exercícios podiam fazê-lo, desde que não sentissem dor nos segmentos corporais que iam utilizar. Em caso de tumefação das articulações aconselhei também a não prática do mesmo. Relativamente à prática de atividade física, as minhas sugestões foram sempre no sentido de aumentar o número de tempo despendido na mesma mas sem grande impacto para as articulações e considerando que não apresentam os sintomas ditos anteriormente.

3.2 Estudos de Caso

Foi-me atribuído pela orientadora local a intervenção particular em dois estudos de caso exteriores ao programa PLE²NO, um com Hipercifose Torácica e outro que teve um Acidente Vascular Cerebral.

Caso I – Hipercifose Torácica

O primeiro tratou-se de uma mulher com mais de 50 anos que possuía uma hipercifose torácica, apresentando os ombros ligeiramente projectados para a frente, demonstrando uma postura incorreta.

A minha intervenção focou-se no treino de força da musculatura posterior do tronco, nomeadamente no fortalecimento dos adutores da omoplata (músculos trapézio e rombóides) e dos músculos extensores do tronco. Foram dados também alguns conselhos relativamente a uma postura correta.

Caso II – Pós Acidente Vascular Cerebral

O segundo caso tratou-se de um idoso que teve um Acidente Vascular Cerebral e esteve durante muito tempo acamado, demonstrando muita dificuldade em andar e atrofia muscular. O sujeito apresentava também co-morbilidades, nomeadamente cardíacas.

O treino baseou-se em três aspectos: treino de força principalmente dos membros inferiores, treino de marcha e treino de equilíbrio. No treino de força os exercícios eram realizados na posição de sentado numa cadeira, visando-se o fortalecimento do quadríceps, dos isquiotibiais e dos adutores da coxa, dando ênfase ao levantar e sentar da cadeira, um exercício adequado para o fortalecimento dos membros inferiores. Em pé foram também realizados exercícios de fortalecimento dos gêmeos e também para outros grupos musculares dos membros superiores. No treino de marcha foram realizadas caminhadas fora do Centro de Saúde, aumentando e diminuindo o ritmo e subindo e descendo escadas, com apoio em mim e no corrimão, pois tinha muita dificuldade em andar sozinho. No treino de equilíbrio, era treinado tanto o dinâmico como o estático, dando-se ênfase ao estático em superfícies instáveis.

3.3 Estratégias ou actividades de formação propostas

A minha orientadora de estágio, professora Margarida Espanha, propôs várias actividades de formação e de voluntariado, aos quais aderi com todo o gosto e que passo a indicar.

- XIX Fórum de Apoio ao Doente Reumático: “Capacitar para o trabalho” (15 de Outubro de 2016 no Auditório da ANF)

Este fórum teve como tópico principal o trabalho nos doentes reumáticos, onde foram apresentadas comunicações acerca de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho, a situação das reformas, doenças reumáticas, atividade laboral, a legislação, benefícios fiscais e apoios sociais para esta população.

Esta atividade de formação contribuiu para eu aprofundar os meus conhecimentos no campo das doenças reumáticas e lesões subjacentes, como também conhecer algumas que desconhecia. Reti também informação importante para quando tiver a trabalhar com doentes reumáticos, de forma a aconselhá-los, como a adaptação do posto de trabalho, a legislação laboral, obrigações e benefícios fiscais e apoios sociais.

- Simpósio “Exercício Físico – Capital Intelectual” (19 de Outubro de 2016 no Salão Nobre da Faculdade de Motricidade Humana)

Este simpósio teve como tópico principal a relação do exercício físico com funções cerebrais, como a otimização das estruturas e funções do cérebro, o desempenho académico, o desenvolvimento de competências motoras em crianças e a cognição.

Esta atividade de formação contribuiu para me dar outras perspectivas do exercício físico, neste caso a relação dele com algumas funções cerebrais, como a cognição, o quão importante papel pode desempenhar na vida de uma pessoa e também como o seu desempenho académico poder ser melhorado. Aprendi que o exercício físico pode ser aplicado não só na melhoria da saúde, mas também com um foco nas competências profissionais.

- Participação na organização do Simpósio “Osteoartrose e Dor” (26 de Novembro de 2016 no Salão Nobre da Faculdade de Motricidade Humana)

Este simpósio teve como tema principal a Osteoartrose e a dor associada, passando por tópicos como a epidemiologia e impacto socioeconómico da osteoartrose, diagnóstico e tratamento clínico adequado, diferentes abordagens da dor, a superação da dor e o alívio do sofrimento associado.

Estive envolvido na organização do evento, realizando a preparação da receção dos intervenientes e do público.

- Fiz voluntariado para a Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas

Aceitei o desafio da minha orientadora de estágio e fiz voluntariado para a Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas, tema relacionado com o meu estágio e campo de atuação.

O voluntariado decorreu no evento “Check Up Saúde” e o objetivo foi realizar um rastreio de Osteoartrose, onde foi aplicado um questionário e dois testes físicos, o levantar e sentar da cadeira, para avaliar a força e resistência dos membros inferiores e o senta e alcança, para avaliar a flexibilidade dos membros inferiores também. No final, as pessoas avaliadas levaram consigo o resultado dos testes.

Em relação às pessoas com diagnóstico de Osteoartrose, foi feita uma educação relativamente à doença e aconselhamento de exercício físico personalizado.

Sistema de Avaliação e Controlo do Trabalho Desenvolvido

Estive presente em reuniões semanais com a Orientadora de Estágio onde me eram atribuídas tarefas, verificadas as tarefas pedidas, realizadas reflexões relativamente ao meu desempenho e papel como profissional, debates de abordagem profissional e eram também feitas sugestões de literatura relacionada com a abordagem profissional.

No Centro de Saúde de Paço de Arcos a Professora Angela Neves foi a orientadora local, acompanhando as sessões de exercício físico na Academia da Mobilidade.

Existiu também uma supervisão pelo responsável do programa comunitário Ple²no, estando presente em todas as sessões, supervisionando todo o trabalho que era feito, contactando com a coordenadora do PLE²NO.

Análise Estatística

A análise estatística foi realizada através da versão 24.0 do programa Statistical Package for Social Science (SPSS). Foram realizados testes de normalidade de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade das amostras. Para variáveis quantitativas com distribuição normal foram utilizados testes paramétricos, nomeadamente o teste t de student. Para amostras em que não se verifica a condição de normalidade, foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon. Os resultados foram expressos em média, desvio padrão e o valor de $p < 0.05$, estabelecendo-se um intervalo de confiança de 95%.

4. RESULTADOS DO PROGRAMA PLE²NO

A tabela 4 apresenta a caracterização da amostra global de participantes do PLE²NO, contendo as variáveis: sexo, idade, etnia, estado civil, habilitações literárias, situação actual e IMC (índice de massa corporal).

Tabela 4 – Características sociodemográficas da amostra.

	Variáveis	Amostra Total (n=14) n(%)
Sexo	Feminino	11 (78.6)
	Masculino	3 (21.4)
Idade	50-60	3 (21.4)
	61-70	5 (35.7)
	71-80	6 (42.9)
Etnia	Caucasiano/a	13 (92.9)
	Negro/a	1 (7.1)
	Outra	0
Estado civil	Solteiro/a	0
	Casado/a ou união de facto	9 (64.3)
	Viúvo/a	2 (14.3)
	Divorciado/a	3 (21.4)
Habilitações literárias	Sem escolaridade	0
	1º Ciclo	5 (35.7)
	2ºCiclo	3 (21.4)
	3ºCiclo	4 (28.6)
	Ensino Secundário	1 (7.1)
	Ensino Superior	1 (7.1)
Situação actual	Reformado	5 (35.7)
	No activo	9 (64.3)
IMC (Índice de Massa Corporal)	Baixo peso	0
	Peso normal	5 (35.7)
	Excesso de peso	3 (21.4)
	Obesidade grau I	1 (7.1)
	Obesidade grau II	3 (21.4)
	Obesidade grau III	2 (14.3)

A amostra foi constituída por 14 indivíduos que realizaram o programa PLE²NO em dois momentos diferentes, sendo eles maioritariamente do sexo feminino (78,6%). As idades são compreendidas entre 50 e 80 anos, sendo a faixa etária dos 71 aos 80 anos a com maior percentagem, de 42,9%, seguidamente, dos 61 aos 70 anos, com 35,7% e por fim, dos 50 aos 60 anos com 21,4% dos indivíduos. A etnia predominante é a caucasiana,

existindo apenas uma pessoa de etnia negra dentro dos 14 participantes. 64,3% das pessoas encontram-se casadas ou em união de facto, apenas 14,3% encontra-se viúvo/a e 21,4% está divorciado. Relativamente às habilitações literárias, apenas uma pessoa tem o ensino superior e outra o ensino secundário, a maioria tem o 1º ciclo (35,7%), mas todos têm alguma escolaridade. 35,7% das pessoas já se encontram reformadas e 64,3% ainda se encontram no activo. Por fim, relativamente ao índice de massa corporal, nenhuma pessoa tem baixo peso e a maioria encontra-se com peso normal (35,7%), dois dos participantes têm obesidade grau III.

Seguidamente, a amostra que passará a ser utilizada é a dos participantes do PLE²NO do Centro de Saúde de Paço de Arcos, correspondente a um N=6.

A tabela 5 apresenta os resultados da aplicação dos seguintes testes de aptidão física: 6 metros de marcha, preensão manual, levantar e sentar da cadeira 30 segundos, equilíbrio sobre um apoio (diferenciando-se o joelho menos doloroso do mais doloroso) e flexão do joelho (diferenciando-se também o joelho menos doloroso do mais doloroso). Após o programa verificaram-se melhorias significativas no teste de 6 metros de marcha, enquanto no teste de levantar e sentar da cadeira 30 segundos a encontrar-se muito próximo também de uma melhoria significativa.

Tabela 5 – Avaliação da Aptidão Física.

(n=6)				
	Momento 1	Momento 2		
	Média(DP)	Média(DP)	Diferença[Média(DP)]	Valor de p
6 Metros de Marcha (s)	4.9(0.8)	3.8(0.7)	1.1(0.1)	0.031*
Preensão Manual (kg)	21.4(5.9)	24.2(3.8)	2.8(2.1)	0.105
Levantar e Sentar da Cadeira 30 Segundos (reps)	8.8(4.7)	13.6(3.3)	4.8(1.4)	0.062
Equilíbrio Sobre um Apoio (Joelho Menos Doloroso) (s)	8.9(6.5)	15.6(7.4)	6.7(0.9)	0.113
Equilíbrio Sobre um Apoio (Joelho Mais Doloroso) (s)	6.7(7.2)	12.4(7.8)	5.7(0.6)	0.113
Flexão do Joelho (Menos Doloroso) (Graus)	107.3(17.5)	100.4(11.3)	6.9(6.2)	0.233
Flexão do Joelho (Mais Doloroso) (Graus)	101.8(18.6)	94.6(21.4)	7.2(2.8)	0.255

Legenda: *p<0,05;

A tabela 6 apresenta os resultados do questionário KOOS das seguintes dimensões: dor, outros sintomas e atividades da vida diária. De referir que quanto maior o score neste questionário, melhor a condição. Do 1º para o 2º momento de aplicação do questionário verificaram-se alterações significativas na dor. Os outros sintomas encontraram-se muito próximo de uma mudança significativa.

Tabela 6 – Resultados do Questionário KOOS (Dor, Atividades da Vida Diária e Outros Sintomas) – Scores.

(n=6)				
	Score	Score		
	Momento 1	Momento 2		
	Média(DP)	Média(DP)	Diferença[Média(DP)]	Valor de p
Dor	48.7(17.9)	61.7(9.1)	13(8.8)	0.035*
Outros Sintomas	42.3(17.3)	51.3(11.9)	9(5.4)	0.076
Atividades da Vida Diária	57.8(19.5)	64.0(9.1)	6.2(10.4)	0.174

Legenda: *p<0,05

A tabela 7 apresenta os resultados da EVA (Escala Visual Analógica), referente ao questionário “EQ-5D-3L”, em dois momentos. O “0” da escala representa o pior estado de saúde que a pessoa possa imaginar e “100” o melhor. Não se verificaram mudanças significativas na percepção do estado de saúde.

Tabela 7 – Resultados do Questionário “EQ-5D-3L” (VAS).

(n=6)				
	Momento 1	Momento 2		
	Média(DP)	Média(DP)	Diferença[Média(DP)]	Valor de p
“EQ-5D-3L”- VAS	66.5(13.5)	57.2(40.0)	9.3(26.5)	0.393

A tabela 8 apresenta o nível de atividade física por semana, obtido através do questionário “IPAQ”. Foi questionado o tempo que os indivíduos passam em atividade física e sentados por semana. Relativamente às diferenças do momento 1 para o momento 2 de avaliação, não se verificam mudanças significativas em nenhum dos parâmetros. O tempo em atividade física expresso em “MET/semana” (consumo metabólico) aumentou consideravelmente e encontrou-se mais próximo de uma alteração significativa que o tempo sentado.

Tabela 8 – Resultados do Questionário “IPAQ – Versão Curta Portuguesa” – Nível de Atividade Física.

(n=6)				
	Momento 1	Momento 2		
	Média(DP)	Média(DP)	Diferença[Média(DP)]	Valor de p
Tempo de Atividade Física (MET/semana)	3746.5(3731.1)	6770.3(4132.1)	3023.8(401)	0.173
Tempo Sentado (minutos/semana)	360.0(276.3)	433.3(360.8)	73.3(84.5)	0.343

Legenda: MET – Equivalente Metabólico

A tabela 9 apresenta os resultados da aplicação do questionário “Mini Exame do Estado Mental” que testa capacidades como a orientação espacio-temporal, a retenção, a atenção e cálculo, a evocação, a linguagem e a habilidade construtiva. Não se verificaram alterações estatisticamente significativas após o programa.

Tabela 9 – Resultados do Questionário “Mini Exame do Estado Mental” – Scores.

(n=6)				
	Momento 1	Momento 2		
	Média(DP)	Média(DP)	Diferença[Média(DP)]	Valor de p
Pontuação	25.3(2.7)	25.8(3.7)	0.5(1)	0.344

A tabela 10 apresenta os resultados do questionário “Escala de Percepção Global de Mudança” por parte dos participantes do PLE²NO. Considerei dois intervalos de resposta, de um a quatro as alterações não são expressivas e de cinco a sete são relevantes. Os valores absolutos e relativos mostram que houve melhorias relevantes para 83,3% dos utentes.

Tabela 10 – Resultados do Questionário “Escala de Percepção Global de Mudança (PGIC)”.

(n=6)		
Respostas		n(%)
	1 – 4	1(16.7)
	5 – 7	5(83.3)

5. DISCUSSÃO

O programa PLE²NO teve como objetivos a melhoria dos sintomas da Osteoartrose do Joelho, uma melhoria da função física, uma promoção da mudança de comportamentos de autogestão da patologia e a adesão e permanência em programas de exercício.

No teste de 6 metros de marcha houve uma melhoria significativa, o que revela que a mobilidade dos participantes melhorou, o que pode ser atribuído a um aumento da força funcional, do equilíbrio e a uma diminuição do principal sintoma da OA, a dor.

O teste de sentar e levantar da cadeira 30 segundos esteve muito próximo de uma melhoria significativa também, o que revela que houve um aumento geral na força dos membros inferiores, resultado do treino força e da sua progressão nas sessões de exercício físico.

O equilíbrio, avaliado através do apoio unipodal, melhorou consideravelmente do 1º momento de avaliação para o 2º, mas não chegou a ser uma melhoria significativa. Sabe-se que as quedas nos gerentes são das principais causas de mortalidade nessa faixa etária, a falta de equilíbrio pode estar ligada a essa situação.

Na prensão manual, houve um aumento ligeiro em média do 1º para o 2º momento de avaliação, o que pode estar também ele relacionado com o treino de força geral incluindo os membros superiores das sessões de exercício do PLE²NO.

Por fim, na medição da amplitude articular da flexão do joelho, houve uma diminuição da amplitude do 1º para o 2º momento de avaliação, o que pode estar relacionado com uma maior rigidez na articulação, dores, uma fase aguda da patologia, ou pode mesmo ser devido às diferenças inter avaliador.

Nos questionários aplicados, relativamente ao questionário de KOOS, que avalia o estado do joelho em relação com a dor, sintomas e atividades da vida diária, verifica-se que houve melhorias em todas as dimensões analisadas. O principal sintoma que queremos combater na Osteoartrose do Joelho, é a dor, pois é ela que torna muitas vezes esta patologia incapacitante. Através da análise estatística do 1º para o 2º momento de aplicação deste questionário, na “dor”, verificou-se a existência de uma melhoria estatisticamente significativa. O programa PLE²NO, através das suas sessões de educação e exercício, educa a pessoa numa autogestão da sua patologia. Foi utilizado um diário de registo de dor, onde os participantes, no seu dia-a-dia, registavam em que momentos do dia e em que atividades do quotidiano sentiam mais dor. Este

procedimento auxilia os participantes a evitarem atividades que pioram os sintomas da doença. Esta autogestão da patologia com a ajuda das sessões de exercício podem estar relacionadas com a melhoria significativa da dor. A dimensão dos “outros sintomas”, que avalia sinais como a rigidez, inchaço, crepitação e a função física geral do joelho, este muito próxima de uma melhoria significativa. Os participantes no geral tiveram uma melhoria na sua função física, o que pode ter contribuído para esta alteração. Na dimensão das “atividades da vida diária”, houve uma ligeira alteração, o que indica que os participantes continuam com dificuldades em realizar algumas atividades, embora ligeiramente menos.

No questionário “EQ-5D-3L”, em relação à qualidade de vida, referentemente à EVA (Escala Visual Analógica), que é uma avaliação subjetiva da percepção do estado de saúde da pessoa em causa, dizendo como se sente naquele momento, houve uma diminuição em média do 1º para o 2º momento de aplicação mas um aumento considerável do desvio padrão. Esta diminuição pode ser explicada através do desvio padrão, existindo uma pessoa que piorou consideravelmente a sua condição de saúde. Pode também ser explicada pelo facto de que no momento da 2ª avaliação alguém podia se encontrar em fase aguda da patologia, não se sentindo assim com boa saúde naquele dia.

Em relação ao nível de atividade física analisado pelo questionário “IPAQ”, verificou-se que no geral os participantes aumentaram o seu consumo metabólico por semana, mas também aumentaram o seu tempo sentado. O aumento do tempo em atividade física (consumo metabólico) por semana pode estar relacionado com os novos conhecimentos adquiridos na componente educacional do programa relativamente aos benefícios do exercício físico e ao exercício do programa. O aumento do tempo sentado pode estar relacionado com o compensar das sessões de exercício com o repouso e ainda ao evitar de algumas atividades que possam causar dor.

Relativamente ao estado cognitivo, na análise feita ao questionário “Mini Exame do Estado Mental” verificou-se que os scores se mantiveram muito próximos dos iniciais, não existindo assim alterações significativas na função cognitiva. Como scores do teste, 23 pontos ou menos, indica défice cognitivo, entre 24 e 26 pontos, indica alteração não sugestiva de défice, por fim, entre 26 e 30 pontos, indica função cognitiva preservada (Folstein et al., 1975).

Por fim, na “Escala de Percepção Global de Mudança (PGIC)”, verificou-se que a grande maioria dos participantes (83,3%) considera que existiram alterações relevantes nas limitações de atividades, sintomas, emoções e qualidade de vida em relação à sua

dor, o que indica uma melhor eficácia em tarefas do cotidiano e terem assim também uma melhor qualidade de vida.

No geral os objetivos do programa foram cumpridos, pois houve uma melhoria nos sintomas da Osteoartrose do Joelho segundo os auto relatos dos participantes e houve também melhorias na aptidão física. Os participantes revelaram uma mudança de comportamentos na autogestão da patologia, uma vez que alteraram o seu dia-a-dia e adicionaram mais atividade física às suas semanas e foi conseguido também o objetivo de adesão e permanência em programas de exercício, pois não existiram desistências.

6. REFLEXÃO PESSOAL

Dificuldades Sentidas

Durante todo o estágio, toda a equipa do Centro de Saúde como também os participantes das sessões de exercício físico da Academia da Mobilidade e do programa comunitário Ple²no, demonstraram sempre grande simpatia. A inclusão na instituição foi fácil, fui muito bem recebido por todos os profissionais que lá trabalham. Tanto os participantes das sessões de exercício físico da Academia da Mobilidade como os do programa comunitário Ple²no, possuem alguma iliteracia relativamente ao exercício físico, o que dificultou um pouco a explicação de alguns exercícios mais complexos. No geral e como síntese, não senti grandes dificuldades, pois quando fazemos o que gostamos, empenhamo-nos, tornando-se tudo mais fácil.

A tabela 11 apresenta a minha Análise Swot Pessoal

Tabela 11 – Análise Swot Pessoal.

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none">• Experiência Profissional;• Aquisição de Competências Práticas da Profissão;• Aquisição de Conhecimentos Teóricos acerca da Osteoartrose e da Prescrição de Exercício;• Relacionamento Interpessoal;• Capacidade de Liderança.	<ul style="list-style-type: none">• Gerir o tempo de estágio com o emprego;• Considerar todas as condições individuais dos pacientes na prática de exercício físico.
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none">• Possibilidade de Criar/Implementar um Programa de Exercício para outras Patologias num futuro próximo;• Investigar aspetos ligados a outras patologias, bem como à prescrição de exercício com mais benefícios possíveis.	<ul style="list-style-type: none">• A prescrição de exercício mais apropriada para determinada pessoa não ser a mais apropriada para outra com condições semelhantes.

7. CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS PARA O FUTURO

Concluída esta etapa, considero esta experiência como muito enriquecedora para a minha construção como pessoa e como profissional, sabendo que estou a proporcionar uma melhor qualidade de vida a outros seres humanos. Surgiram vários desafios e dificuldades ao longo de todo o estágio, os quais sempre com muita vontade e empenho foram superados. Considero importante o surgimento de adversidades, pois é nelas que crescemos, aprendemos e nos aperfeiçoamos.

Para além do evidente contributo prático deste estágio, o mesmo contribuiu também para alargar e aprofundar o meu conhecimento teórico na área em questão, não só por todas as actividades de formação propostas em que participei e voluntariado, mas também por dúvidas que foram surgindo no meu dia-a-dia, às quais procurava respostas pesquisando. No campo de doenças reumáticas, aprofundei o meu conhecimento, nomeadamente em relação à Osteoartrose. No exercício físico, tive de encontrar os melhores exercícios de equilíbrio para cada pessoa e a sua condição patológica. No contributo prático do estágio, foram várias as competências que adquiri, das quais destaco:

- Planeamento de sessões de exercício físico;
- Liderança em aulas de grupo;
- Correções posturais nos exercícios;
- Aplicação de testes de aptidão física;
- Aplicação de questionários;
- Relacionamento interpessoal;
- Análise de dados;

Todo este percurso tornou-me uma pessoa mais responsável, pro-ativa, dinâmica e resiliente. Foi muito importante todo este tempo despendido, pois foi um investimento na minha carreira profissional.

É importante a realização do programa comunitário PLE²NO, pois a dor como sintoma principal da Osteoartrose por vezes é incapacitante e prejudica a qualidade de vida das pessoas, se a pudermos minimizar, estamos a proporcionar uma melhor vida a outro ser humano. Este programa demonstra também ele um espírito empreendedor, proporcionando a oportunidade de jovens universitários conseguirem alguma experiência prática e assim puderem começar a sua vida profissional.

Ter realizado o estágio neste programa foi uma excelente oportunidade, uma experiência enriquecedora e um privilégio para mim. São conhecimentos que levamos para a vida e certamente serão utilizados em vários momentos, necessários para outros e abrirão vários caminhos.

Referências

ACSM (2016). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription* Riebe, D., Ehrman, J., Liguori, G. and Magal, M. 10th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Ageberg, E., Link, A. & Roos, E. (2010). NEMEX-TJR training program. *BioMedCentral Musculoskeletal Disorders*, 1-7.

Altman, R., Asch, E., Bloch, D., Bole, G., Borenstein, D., Brandt, K., Christy, W., Cooke, T., Greenwald, R., Hochberg, M., Howell, D., Kaplan, D., Koopman, W., Longley III, S., Mankin, H., McShane, D., Medsger Jr., T., Meenan, R., Mikkelsen, W., Moskowitz, R., Murphy, W., Sokoloff, L. & Wolfe, F. (1986). Development of Criteria for the Classification and Reporting of Osteoarthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 29(8), 1039-1049.

American College of Rheumatology (2015). What is osteoarthritis?. Retrieved December, 2016, from <http://www.rheumatology.org/I-AM-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Osteoarthritis>.

Branco, J. da C., Canhão, H., Ramiro, S., Mourão, A. F., Silva, I., Machado, P., & Laires, P. (2014). Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal, 8. Retrieved February, 2017, from www.reumacensus.org/pdf/quadriptico_resultados_epireumapt.pdf.

Cesari, M., Kritchevsky, SB., Newman, AB., Simonsick, EM., Harris, TB., Penninx, BW., Brach, JS., Tylavsky, FA., Satterfield, S., Bauer, DC., Rubin, SM., Visser, M. & Pahor, M. (2009). Added Value of Physical Performance Measures in Predicting Adverse Health-Related Events: Results from the Health, Aging and Body Composition Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(2), 251-259.

Craig, CL., Marshall, AL., Sjöström, M., Bauman, AE., Booth, ML., Ainsworth, BE., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, JF., Oja, P. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12 – Country Reliability and Validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(8), 1381-95.

Cruz-Jentoft, A.J., Baeyens, J.P., Bauer, J.M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., Martin, F.C., Michel, J.P., Rolland, Y., Schneider, S.M., Topinková, E., Vandewoude, M. & Domingues, L., Cruz, E. (2011). Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Escala Patient Global Impression of Change. *Ifisionline*, 2(1), 31-37.

Espanha, M. (2013). Dor e Exercício na Osteoartrose. *Dor*, 21(2), 28-37.

EuroQol Group (1990). A New Facility for the Measurement of Health-Related Quality of Life. *Health Policy*, 16(3), 199-208.

Ferreira, P., Ferreira, L. & Pereira, L. (2013). Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port*, 26(6), 664-675.

Folstein, M., Folstein, S. & McHugh, P. (1975). "Mini-Mental State" A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.

Giampaoli, S., Ferrucci, L., Cecchi, F., Lo Noce, C., Poce, A., Dima, F., Santaquilani, A., Vescio, M.F. & Menotti, A. (1999). Hand-Grip Strength Predicts Incident Disability in Non-Disabled Older Men. *Age Ageing*, 28(3), 283-288.

Gonçalves, R.S., Cabri, J., Pinheiro, J.P. & Ferreira, P.L. (2009). Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Portuguese Version of the Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS). *Osteoarthritis Cartilage*, 17(9), 1156-1162.

Lohmander, S., Rannou, S., Roos, E.M. & Underwood, M. (2014). OARSI Guidelines for the Non-Surgical Management of Knee Osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*, 22(3), 363-388.

Lorig, K.R., Sobel, D.S., Ritter, P.L., Laurent, D., Hobbs, M. (2001). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective Clinical Practice*, 4(6), 256-262.

Lorig, KR., Stewart, A., Ritter PL., González, V., Laurent, D., Lynch, J. (1996). Outcome Measures for Health Education and Other Health Care Interventions. *Effective Clinical Practice*, 4, 256-262.

McAlindon, TE., Bannuru, RR., Sullivan, MC., Arden, NK., Berenbaum, F., Bierma-Zeinstra, SM., Hawker, GA., Henrotin, Y., Hunter, DJ., Kawaguchi, H., Kwoh, K.,

Mil-Homens, MJ. (2004). Caracterização da actividade física da população adulta portuguesa e a sua relação entre o estado de saúde e os custos com cuidados médicos. Dissertação de mestrado. FMH.

Millar, A. (2014). Physical Activity for Men with Osteoarthritis. *ACSM Fit Society Page*, 16 (1), 1-2.

Osteoarthritis Research Society International. (2013). What is osteoarthritis?. Retrieved January, 2017, from <https://www.oarsi.org/what-osteoarthritis>.

Rikli, R., Jones, C. (1999). Development and Validation of a Functional Fitness Test for Community – Residing Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*. 7, 129-161.

Roos, E., Roos, H., Lohmander, L., Ekdahl, C., Beynnon, B. (1998). Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) – Development of a Self-Administered Outcome Measure. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 28(2), 88-96.

Rose, D. (2003). A Comprehensive Balance and Mobility Training Program. *Champaign: Human Kinectics*.

Steinhardt, MA. & Dishman, RK. (1989). Reliability and Validity of Expected Outcomes and Barriers for Habitual Physical Activity. *Journal of Occupational Medicine*, 31(6), 536-546.

Wittenauer, R., Smith, L., Aden, K. (2013). Priority Medicines for Europe and the World “A Public Health Approach to Innovation”. *Osteoarthritis*, 6(12), 1-31.

Zamboni, M. (2010). Sarcopenia: European Consensus on Definition and Diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*, 39(4), 412-423.

Anexos

Anexo A – Ficha de Referenciação Médica para a Academia da Mobilidade

Ficha de Referenciação Médica para a Academia da Mobilidade

Referencia-se o utente _____, com o N.º SNS _____ e número de telefone/telemóvel _____ para a Academia de Mobilidade – Centro de Saúde de Paço d'Arcos do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, a fim de ser integrado em atividades promovidas pela mesma (Programa PLE²NO). O utente terá que ter diagnóstico Osteoartrose do(s) joelho(s), dor no joelho e idade superior a 50 anos.

- Está a frequentar algum programa supervisionado de exercício ou sessões de fisioterapia? ☐
- Vai realizar alguma cirurgia e/ou colocar uma prótese durante os próximos 12 meses? ☐
- Tem radiografia(s) do(s) joelho(s)? (desde 2013) ☐

Problemas de saúde associados ao utente:

Patologias Osteoarticulares: _____
Patologias Cardiovasculares: _____
Patologias Respiratórias: _____
Patologias Neurológicas: _____

Terapêutica:

Recomendações:

Observações:

Data: __/__/__

Assinatura: _____

Anexo B – Critérios de Elegibilidade para o Programa Ple²no



Programa para a Educação de Especialistas do Sistema de Saúde

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Local: _____ Código EL _____ Código Final _____



Nome Completo:	
E-mail:	Telefone:
Morada:	
Localidade:	Código Postal:
Sexo:	Idade: (> 50 anos)
Data de Nascimento:	

Assinale com um "X" a resposta "Sim", "Não" ou "Não Sei":	Sim	Não	Não Sei
1. Algum médico já lhe diagnosticou Osteoartrose no(s) joelho(s)?			
2. Costuma ter dor num ou nos dois joelhos?			
3. Se sim, a sua dor é pior de noite?			
4. Sentiu no último mês, rigidez no(s) joelho(s) de manhã ao acordar com duração inferior a 30 min? (Rigidez é uma sensação de dificuldade em iniciar o movimento (sensação de articulação presa).			
5. Costuma ouvir o(s) joelho(s) ranger, crepitar ou a fazer estalos quando se movimenta?			
6. Costuma ter o(s) joelho(s) inchado(s)?			
7. Acha que tem o(s) joelho(s) deformados?			
8. Possui outra doença (cardiovascular, respiratória, músculo-esquelética/reumática, cancro, hepática, renal (creatinina >2), anemia (hematócrito <32 ou hemoglobina <10) ou gastrointestinal) que o(a) impeça de realizar atividade física? Se sim, quais:			
9. Tem disponibilidade e interesse em participar num programa educacional e de exercício físico para a OA do joelho(s)?			
10. Fez cirurgia recente ao joelho ou injeções no joelho (corticóides ou ácido hialurónico)?			
11. Colocou prótese no joelho há menos de um ano?			
12. Sabe ler, escrever e compreende o que lê?			
13. Prevê ausentar por um período superior a duas semanas, durante os três meses presenciais do programa?			

Anexo C – Consentimento Informado



INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

Está a ser convidado (a) a participar num programa comunitário de Educação e Exercício para a Osteoartrose (OA) do Joelho com a duração total de seis meses com uma parte presencial de três meses seguida de um parte a realizar em casa. Para participar terá que ter OA em um ou nos dois joelhos diagnosticada pelo médico de acordo com os critérios clínicos e radiológicos do Colégio Americano de Reumatologia, idade igual ou superior a 50 anos e ter locomoção independente. No caso de confirmação de diagnóstico, o participante compromete-se através deste documento, a participar até ao final do programa. A aceitação na participação deste programa implica um compromisso mútuo no cumprimento dos seguintes aspectos:

1. Deverá participar no programa presencial de Educação e de Exercício durante três meses, duas vezes por semana, no ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras. Nos três meses seguintes realizará um programa de exercícios em casa, terá que assistir a um total de sete reuniões em grupo no Centro de Saúde de Paço de Arcos e receberá telefonemas intercalados com as reuniões para nos informar como o programa está a decorrer.
2. Todos os participantes terão de realizar testes de aptidão física e o preenchimento de questionários em cinco momentos distintos, antes do início do programa supervisionado, no final deste (três meses após), no final do programa domiciliário (6 meses após o início) e aos 9 meses após o início. As avaliações terão lugar no Centro de Saúde de Paço de Arcos e a deslocação será da responsabilidade do participante. Os testes serão realizados por profissionais com formação e de acordo com protocolos definidos.
3. Os custos do programa e das avaliações serão suportados pelo programa.
4. O programa não possui riscos associados, além dos já conhecidos riscos de qualquer prática de exercício físico, contudo é provável que após a atividade possa sentir um aumento da dor, sendo considerado aceitável um aumento da dor até o nível 5 numa escala numérica da dor (0 = sem dor, 10 = dor insuportável).



6. A equipa do PLE²NO compromete-se a entregar a cada participante um relatório geral com a informação da aptidão física antes e após o período de intervenção.

Em caso de dúvida ou de necessidade de informação adicionais poderá contactar a equipa do programa PLE²NO a partir do telefone do Centro de Saúde de Paço de Arcos 214540815 e do telemóvel 966464136.

Obrigada pela disponibilidade.

Assinatura do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Li (ou alguém leu para mim) o presente documento e estou consciente do que esperar quanto à minha participação no programa. Tive a oportunidade de colocar todas as questões e as respostas esclareceram todas as minhas dúvidas. Assim, aceito voluntariamente participar neste programa.

Nome do participante

Assinatura

Data

Responsável do Programa

Os aspectos mais importantes deste estudo foram explicados ao participante ou ao seu representante, antes de solicitar a sua assinatura. Ser-lhe-á entregue uma cópia deste documento.

Margarida Espanha (Responsável do programa)

Anexo D – Questionário de Caracterização



QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO

Primeiro Nome:	Último Nome:	ID:
Idade: ____ Data de Nascimento: ____/____/____		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Etnia: Caucasiana <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Outra: _____		Peso: ____ Kg Altura: ____ cm
Estado Civil: Casado(a) <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Separado(a), mas ainda legalmente casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/>		

Ocupação actual:
Reformado: Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)
Ocupação antes da reforma:
Apesar de reformado tem alguma ocupação?

Nível de escolaridade: (<input type="checkbox"/>) Nenhum	(<input type="checkbox"/>) Primário/Primeiro Ciclo
(<input type="checkbox"/>) 2.º, 3.º Ciclo	(<input type="checkbox"/>) Secundário
	(<input type="checkbox"/>) Ensino Superior

Mão dominante:	Direita: (<input type="checkbox"/>)	Esquerda: (<input type="checkbox"/>)
----------------	---------------------------------------	--

Joelho mais doloroso:	Direito: (<input type="checkbox"/>)	Esquerdo: (<input type="checkbox"/>)
-----------------------	---------------------------------------	--

Usa auxiliar de marcha:	
Não: (<input type="checkbox"/>)	Sim: (<input type="checkbox"/>) Qual: _____

TESTES FÍSICOS

	<u>Av.Inicial</u>	<u>Av.Final</u>	<u>Follow-up</u>
	Data: _____	Data: _____	Data: _____
DOR	Antes: _____ Depois: _____	Antes: _____ Depois: _____	Antes: _____ Depois: _____

6 METROS Avaliador _____			
	Av.Inicial	Av.Final	Follow-up
1ª Repetição			
2ª Repetição			
Utilizou auxiliar de marcha? Não () Sim () Qual? _____			
Obs:			

FORÇA DE PRENSÃO MANUAL Avaliador _____ Mão hábil _____			
	Av.Inicial	Av.Final	Follow-up
1ª Repetição			
2ª Repetição			
3ª Repetição			
Resultado			

SENTAR E LEVANTAR DA CADEIRA 30 SEGUNDOS Avaliador _____			
	Av.Inicial	Av.Final	Follow-up
Nº de repetições			
Utilizou os braços sobre as pernas?	Não () Sim ()	Não () Sim ()	Não () Sim ()
Utilizou auxiliar de marcha?	Não () Sim () Qual? _____	Não () Sim () Qual? _____	Não () Sim () Qual? _____
Obs:			



EQUILÍBRIO SOBRE UM APOIO Avaliador _____			
	Av.Inicial	Av.Final	Follow-up
Direita			
Esquerda			
Obs:			

0	Incapaz de manter a posição, ou necessita de ajuda para prevenir a queda.
1	Capaz de elevar o membro inferior sem ajuda, mas incapaz de manter a posição mais de 5 segundos.
2	Capaz de elevar o membro inferior sem ajuda e de manter a posição mais de 5 mas menos de 12 segundos.
3	Capaz de elevar o membro inferior sem ajuda e de manter a posição mais de 12 mas menos de 20 segundos.
4	Capaz de elevar o membro inferior sem ajuda e de manter a posição durante 20 segundos

Sem dor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Anexo E – EQ-5D-3L



Nome: _____ Código: _____

Data: ____/____/____

EQ-5D, EuroQol Group

Pedimos que assinale com um X (☒) um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.²

1. Mobilidade

- | | |
|---------------------------------------|---|
| Não tenho problemas em andar | 1 |
| Tenho alguns problemas em andar | 2 |
| Tenho de estar na cama | 3 |

2. Cuidados Pessoais

- | | |
|---|---|
| Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais | 1 |
| Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me | 2 |
| Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a | 3 |

3. Atividades Habituais

(ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

- | | |
|--|---|
| Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais | 1 |
| Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais | 2 |
| Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais | 3 |

4. Dor/Mal-estar

- | | |
|--|---|
| Não tenho dores ou mal-estar | 1 |
| Tenho dores ou mal-estar moderados | 2 |
| Tenho dores ou mal-estar extremos | 3 |

5. Ansiedade/Depressão

- | | |
|--|---|
| Não estou ansioso/a ou deprimido/a | 1 |
| Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a | 2 |
| Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a | 3 |

Gostaríamos de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE.

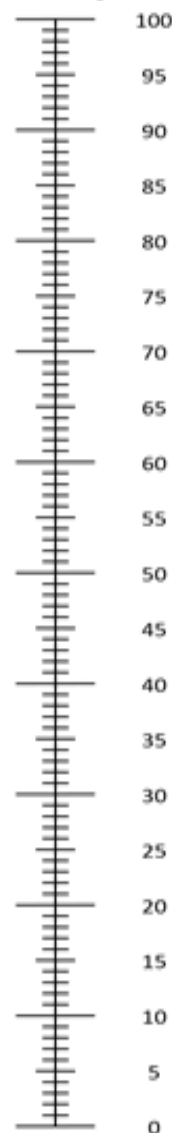
A escala à direita está numerada de 0 a 100 em que 100 significa a melhor saúde que possa imaginar e 0 significa a pior saúde que possa imaginar.

Por favor, coloque uma cruz (X) na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.

Agora, por favor escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

16. A SUA SAÚDE HOJE=

**A melhor saúde que
possa imaginar**



**A pior saúde que
possa imaginar**

EQ-5D, EuroQol Group

Versão Portuguesa, 1997, 1998. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Anexo F – IPAQ (Versão Portuguesa Curta)



Nome: _____ Código: _____

Data: ____/____/____

IPAQ QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE FÍSICA - Versão Portuguesa Curta

Este questionário inclui questões sobre a actividade física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para outro, no trabalho, nas actividades domésticas (femininas ou masculinas), na jardinagem e nas actividades que efectua no seu tempo livre para entretenimento, exercício ou desporto. As questões referem-se à actividade física que realiza numa *semana normal*, e não em dias *excepcionais*, como por exemplo, no dia em que fez a mudança da casa.

Por favor responda a todas as questões mesmo que não se considere uma pessoa activa.

Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:

Actividade física vigorosa refere-se a actividades que requerem muito esforço físico e a respiração fica muito mais intensa que o normal.

Actividade física moderada refere-se a actividades que requerem esforço físico moderado e a respiração fica um pouco mais intensa que o normal.

Ao responder às questões considere apenas as actividades físicas que realize durante pelo menos 10 minutos seguidos.

1a Durante a última semana, quantos *dias* fez actividade física **vigorosa** como levantar e/ou transportar objectos pesados, cavar, realizar ginástica aeróbica, correr, nadar, jogar futebol ou andar de bicicleta a uma velocidade acelerada?

_____ dias por semana

_____ Nenhum (passe para a questão 2a)

1b Quanto *tempo*, no total, despendeu num desses dias, a realizar actividade física **vigorosa**?

_____ horas _____ minutos

2a Durante a última semana, quantos *dias* fez actividade física **moderada** como levantar e/ou transportar objectos leves, andar de bicicleta a uma velocidade moderada, actividades domésticas (ex: esfregar, aspirar), cuidar do jardim, fazer trabalhos de carpintaria, jogar ténis de mesa? Não inclua o andar/caminhar.

_____ dias por semana

_____ Nenhum (passe para a questão 3a)

2b Quanto *tempo*, no total, despendeu num desses dias, a realizar actividade física moderada?

_____ horas _____ minutos

3a Durante a última semana, quantos dias *andou/caminhou* durante pelo menos 10 minutos seguidos? Inclua caminhadas para o trabalho e para casa, para se deslocar de um lado para outro e qualquer outra caminhada que possa fazer somente para recreação, desporto ou lazer.

_____ dias por semana

_____ Nenhum (passe para a questão 4a)

3b Quanto *tempo*, no total, despendeu num desses dias a andar/caminhar?

_____ horas _____ minutos

3c A que *ritmo* costuma caminhar?

_____ **Vigoroso**, que toma a sua respiração muito mais intensa que o normal;

_____ **Moderado**, que toma a sua respiração um pouco mais intensa que o normal;

_____ **Lento**, que não causa qualquer alteração na sua respiração.

As últimas questões referem-se ao tempo que está sentado diariamente no trabalho, em casa, no percurso para o trabalho e durante os tempos livres. Estas questões incluem por exemplo o tempo em que está sentado à mesa ou à secretária, a visitar amigos, a ler ou sentado/deitado a ver televisão.

4a Quanto *tempo*, no total, passou sentado(a) durante um dos dias de semana (segunda-feira a sexta-feira)? _____ horas _____ minutos

4b Quanto *tempo*, no total, passou sentado(a) durante um dos dias de fim-de-semana (sábado ou domingo)? _____ horas _____ minutos

Anexo G – Mini Exame do Estado Mental

Data: ____/____/____

ID ____

Nome: _____

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? ____
Em que mês estamos? ____
Em que dia do mês estamos? ____
Em que dia da semana estamos? ____
Em que estação do ano estamos? ____

Nota: ____

Em que país estamos? ____
Em que distrito vive? ____
Em que terra vive? ____
Em que casa estamos? ____
Em que andar estamos? ____

Nota: ____

2. Retenção (1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor"

Pêra ____
Gato ____
Bola ____

Nota: ____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada palavra correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

27_24_21_18_15_

Nota: ____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra ____
Gato ____
Bola ____

Nota: ____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

- a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

- b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

- c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

- d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

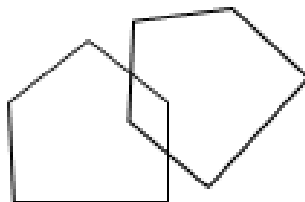
- e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: Nota: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- Analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Anexo H – Escala de 6-itens de Autoeficácia na Gestão de Doenças Crónicas



Nome: _____ Código: _____

Data: ____/____/____

Escala de 6-itens de Autoeficácia na Gestão de Doenças Crónicas

Gostariamos de saber quão confiante está em realizar certas atividades. Para cada uma das seguintes perguntas, por favor, escolha o número que corresponde ao nível de confiança com que consegue fazer as tarefas regularmente, no presente momento.

1. Quão confiante está em conseguir que o cansaço causado pela sua doença não interfira nas coisas que quer fazer?

Nada confiante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totamente confiante
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

2. Quão confiante está em conseguir que o desconforto físico ou a dor da sua doença não interfiram nas coisas que quer fazer?

Nada confiante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totamente confiante
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

3. Quão confiante está em conseguir que o sofrimento emocional causado pela sua doença não interfira nas coisas que quer fazer?

Nada confiante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totamente confiante
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

4. Quão confiante está em conseguir que quaisquer outros sintomas ou problemas de saúde não interfiram nas coisas que quer fazer?

Nada confiante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totamente confiante
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

5. Quão confiante está em conseguir fazer as diferentes tarefas e atividades necessárias para gerir o seu problema de saúde, de forma a diminuir a necessidade de ir ao médico?

Nada confiante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totamente confiante
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

6. Quão confiante está em fazer outras coisas, além de tomar a medicação, para diminuir a forma como a doença afeta o seu dia-a-dia?

Nada confiante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totamente confiante
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

Anexo I – Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)

QUESTIONÁRIO KOOS SOBRE O JOELHO

Data: ____/____/____

Código: ____

Nome: _____

INSTRUÇÕES: Este questionário pretende saber como vê o seu joelho. Esta informação dar-nos-á dados sobre como se sente em relação ao joelho e até que ponto é que é capaz de desempenhar as suas actividades normais. Responda a cada uma das perguntas marcando o quadrado adequado, apenas um quadrado para cada pergunta. Se não tiver a certeza sobre a resposta a escolher, por favor escolha a que achar melhor.

Sintomas

Estas perguntas devem ser respondidas tendo em conta os sintomas no seu joelho durante a última semana.

S1. Tem tido o joelho inchado?

Nunca

☐

Raramente

☐

Às vezes

☐

Frequentemente

☐

Sempre

☐

S2. Tem sentido ranger, ouvido um estalo ou qualquer outro som quando mexe o joelho?

Nunca

☐

Raramente

☐

Às vezes

☐

Frequentemente

☐

Sempre

☐

S3. Tem sentido o joelho preso ou bloqueado quando se mexe?

Nunca

☐

Raramente

☐

Às vezes

☐

Frequentemente

☐

Sempre

☐

S4. Tem conseguido esticar o joelho completamente?

Sempre

☐

Frequentemente

☐

Às vezes

☐

Raramente

☐

Nunca

☐

S5. Tem conseguido dobrar o joelho completamente?

Sempre

☐

Frequentemente

☐

Às vezes

☐

Raramente

☐

Nunca

☐

Rigidez

As perguntas que se seguem dizem respeito ao grau de rigidez no joelho que teve na última semana. Rigidez é uma sensação de dificuldade ou lentidão a mexer o seu joelho.

S6. Até que ponto sente rigidez no joelho logo após acordar de manhã?

Nada

☐

Pouco

☐

Moderadamente

☐

Muito

☐

Muitíssimo

☐

S7. Até que ponto sente rigidez no joelho depois de se sentar, deitar ou descansar ao fim do dia?

Nada

☐

Pouco

☐

Moderadamente

☐

Muito

☐

Muitíssimo

☐

Dor

P1. Com que frequência tem dores no joelho?

Nunca

☐

Uma vez por mês

☐

Uma vez por semana

☐

Todos os dias

☐

Sempre

☐

Que intensidade de dor no joelho é que teve durante a última semana nas seguintes actividades?

P2. Rodar/virar-se/torcer sobre o joelho

Nenhuma

☐

Pouca

☐

Moderada

☐

Muita

☐

Muitíssima

☐

P3. Esticar o joelho completamente

Nenhuma

☐

Pouca

☐

Moderada

☐

Muita

☐

Muitíssima

☐

P4. Dobrar o joelho completamente

Nenhuma

☐

Pouca

☐

Moderada

☐

Muita

☐

Muitíssima

☐

P5. Andar sobre uma superfície plana

Nenhuma

☐

Pouca

☐

Moderada

☐

Muita

☐

Muitíssima

☐

P6. Subir ou descer escadas

Nenhuma

☐

Pouca

☐

Moderada

☐

Muita

☐

Muitíssima

☐

P7. À noite, na cama

Nenhuma

☐

Pouca

☐

Moderada

☐

Muita

☐

Muitíssima

☐

P8. Estar sentado/a ou deitado/a

Nenhuma

☐

Pouca

☐

Moderada

☐

Muita

☐

Muitíssima

☐

P9. Estar de pé

Nenhuma

☐

Pouca

☐

Moderada

☐

Muita

☐

Muitíssima

☐

Actividades da vida diária

As perguntas que se seguem dizem respeito à sua função física. Por função física referimo-nos à sua capacidade de se deslocar e de cuidar de si. Para cada uma das actividades seguintes, indique o grau de dificuldade que sentiu na última semana por causa do seu joelho.

A1. Descer escadas

Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Muitoíssima
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. Subir escadas

Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Muitoíssima
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para cada uma das seguintes actividades indique, por favor, o grau de dificuldade que teve na última semana devido ao seu joelho.

A3. Levantar-se a partir da posição de sentado/a

Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Muitoíssima
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A4. Manter-se de pé

Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Muitoíssima
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Dobrar-se para baixo/apanhar um objecto

Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Muitoíssima
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A6. Andar numa superfície plana

Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Muitoíssima
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7. Entrar ou sair do carro

Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Muitoíssima
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8. Ir às compras

Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Muitoíssima
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A9. Calçar meias/collants

Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Muitoíssima
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A10. Levantar-se da cama

Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Muitoíssima
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A11. Descalçar meias/collants

Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Muitoíssima
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A12. Estar deitado/a na cama (virar-se, manter a posição do joelho)

Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Muitíssima
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A13. Entrar/sair da banheira

Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Muitíssima
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A14. Estar sentado/a

Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Muitíssima
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A15. Sentar-se ou levantar-se da sanita

Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Muitíssima
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□

Para cada uma das actividades seguintes, indique o grau de dificuldade que sentiu na **última semana** por causa do seu joelho.

A16. Tarefas domésticas pesadas (ex.: pegar em caixas pesadas, esfregar o chão, etc.)

Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Muitíssima
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A17. Tarefas domésticas leves (ex.: cozinhar, limpar o pó, etc.)

Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Muitíssima
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigado por ter respondido a todas as perguntas do questionário.

Anexo J – PB-E



Nome: _____ Código: _____

Data: ____/____/____

PB-E

Para si, uma importante barreira para a realização de exercício ou actividade física é:

	DISCORDO ABSOLUTAMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO ABSOLUTAMENTE
1. Estou cheia de trabalho.	1	2	3	4	5
2. O exercício interfere com a escola ou trabalho	1	2	3	4	5
3. O exercício interfere com a escola ou trabalho	1	2	3	4	5
4. Sou muito preguiçosa.	1	2	3	4	5
5. Não tenho motivação suficiente	1	2	3	4	5
6. Estou muito cansada.	1	2	3	4	5
7. Estou demasiado fatigada com o exercício.	1	2	3	4	5
8. O exercício é aborrecido para mim.	1	2	3	4	5
9. O exercício é muito inconveniente.	1	2	3	4	5
10. Tenho uma limitação por razões de saúde.	1	2	3	4	5
11. Tenho demasiadas obrigações familiares.	1	2	3	4	5

Anexo K – Comportamento de Autogestão (Comunicação com o Médico)

Nome: _____ Código: _____

Data: ____/____/____

Comportamento de Autogestão

Quando visita o seu médico, com que frequência faz o seguinte: (por favor, coloque um círculo à volta do número, para cada questão):

	<i>Nunca</i>	<i>Quase nunca</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Com bastante frequência</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Sempre</i>
1. Prepara uma lista de perguntas para o seu médico.....	0	1	2	3	4	5
2. Coloca perguntas sobre algo que quer saber ou não entende sobre o seu tratamento.....	0	1	2	3	4	5
3. Conversa sobre algum problema pessoal que possa estar relacionado com a sua doença....	0	1	2	3	4	5

CHRONIC DISEASE SELF-MANAGEMENT PROGRAM - QUESTIONNAIRE CODE BOOK, STANFORD UNIVERSITY (2007)

Anexo L – Escala de Percepção Global de Mudança (PGIC)

Escala de Percepção Global de Mudança (PGIC versão Portuguesa)

Nome: _____ ID: _____ Data: _____

Queixa principal: _____

Desde o início do tratamento nesta instituição, como é que descreve a mudança (se houve) nas LIMITAÇÕES DE ACTIVIDADES, SINTOMAS, EMOÇÕES E QUALIDADE DE VIDA no seu global, em relação à sua dor (selecione UMA opção):



- | | |
|--|----------------------------|
| Sem alterações (ou a condição piorou) | <input type="checkbox"/> 1 |
| Quase na mesma, sem qualquer alteração visível | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ligeiramente melhor, mas, sem mudanças consideráveis | <input type="checkbox"/> 3 |
| Com algumas melhorias, mas a mudança não representou qualquer diferença real | <input type="checkbox"/> 4 |
| Moderadamente melhor, com mudança ligeira mas significativa | <input type="checkbox"/> 5 |
| Melhor, e com melhorias que fizeram uma diferença real e útil | <input type="checkbox"/> 6 |
| Muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença | <input type="checkbox"/> 7 |

Adaptado e Validado por: Domingues, L. & Cruz, E. (2011)

Anexo M – Exercícios de Equilíbrio

Categoria E - Equilíbrio				
Subcategoria	Exercício	Imagem	Descrição	Observações
ED1	Baloiçar na Cadeira		<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar uma superfície instável no local de assento da cadeira; 2. Sentar-se na cadeira; 3. Realizar a extensão dos joelhos e a elevação lateral dos braços; 4. Baloiçar o corpo lateralmente de um lado para o outro; 	Olhar em frente e manter os abdominais contraídos
EE1	Equilíbrio sobre um Apoio		<ol style="list-style-type: none"> 1. Ir para trás de uma cadeira; 2. Apoiar as mãos na cadeira; 3. Retirar um dos membros inferiores do chão realizando a flexão do joelho; 4. Olhar em frente; 5. Manter a posição; 	Manter as costas direitas e focar um ponto à frente
ED2	Andar sobre uma Linha Reta		<ol style="list-style-type: none"> 1. Posicionar-se sobre uma linha reta no chão; 2. Colocar um pé à frente do outro; 3. Olhar em frente; 4. Andar em frente; 	Manter as costas direitas e olhar em frente

EE2	Uma perna à frente e outra atrás		<ol style="list-style-type: none"> 1. Posicionar-se com um membro inferior à frente do outro o mais alinhados possível; 2. Realizar ligeira flexão de ambos os membros inferiores; 3. Colocar as mãos na cintura; 4. Olhar em frente; 5. Manter a posição; 	Manter as costas direitas e olhar em frente
ED3	Andar em Diagonais		<ol style="list-style-type: none"> 1. Posicionar-se com os pés lado a lado e ligeiramente afastados; 2. Iniciar o movimento dando um passo largo na diagonal; 3. Trazer o outro membro inferior e deixar novamente lado a lado ligeiramente afastados. 4. Realizar outro passo largo na diagonal com o outro membro inferior. 	Manter as costas direitas e olhar em frente
ED4	Andar de Lado		<ol style="list-style-type: none"> 1. Posicionar-se sobre a extensão de uma linha reta com os membros inferiores ligeiramente afastados; 2. Olhar em frente; 3. Dar passos laterais; 	Manter as costas direitas

EE3	Elevação de um joelho		<ol style="list-style-type: none"> 1. Posicionar-se atrás de uma cadeira; 2. Apoiar as mãos na cadeira; 3. Elevar um dos membros inferiores até o joelho estar à altura da anca, se possível; 4. Olhar em frente; 5. Manter a posição; 	Costas direitas e abdominais contraídos
EE4	Equilíbrio em Diagonais		<ol style="list-style-type: none"> 1. Posicionar-se com os pés lado a lado ligeiramente afastados; 2. Realizar um passo na diagonal com um membro inferior; 3. O outro membro inferior levanta; 4. Manter a posição; 	Se necessário colocar os 2 pés no chão entre alguns passos